



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Fábio Rangel Gobeti Lopes

Estratificação de risco dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Vitória Régia, PR.

Florianópolis, Abril de 2017



Fábio Rangel Gobeti Lopes

Estratificação de risco dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Vitória Régia, PR.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Fábio Rangel Gobeti Lopes

Estratificação de risco dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Vitória Régia, PR.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Larissa de Abreu Queiroz**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

**Introdução:** O projeto se propõe a realizar intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vitória Régia, que encontra-se na cidade de Astorga, Paraná, região do município de maior vulnerabilidade, em relação a riscos socioeconômicos. A questão elencada como relevante no presente trabalho, é a falta de informação dos pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) sobre tratamento atual, estágio das doenças e possíveis agravos decorrentes destas. Sendo assim, percebeu-se como importante fazer o rastreamento dessa população. **Objetivos:** Promover estratificação de risco e conduta pertinente direcionada à população adscrita da Unidade Básica de Saúde Vitória Régia com HAS e DM. **Metodologia:** Pacientes com dados insuficientes para estratificação recebem visitas domiciliares das Agentes Comunitárias de Saúde ou técnica de enfermagem, onde respondem questionários breves e, de acordo com as informações obtidas, a enfermeira seleciona quais possuem dados suficientes para serem estratificados e os repassa para o médico da UBS. Já os pacientes que têm diagnóstico realizado durante o período de estratificação, esta já é feita no momento da consulta. A estratificação dos pacientes com HAS é feita por meio do risco cardiovascular global, que é um escore validado mundialmente. Já a estratificação dos pacientes com DM é realizada inicialmente levando em conta o valor de hemoglobina glicada, sendo 9% o limiar entre controle bom ou ruim. A ação em questão não tem delimitação de término, pois é um processo contínuo e dinâmico, até mesmo para o paciente. **Resultados Esperados:** A partir do trabalho de estratificação de risco dos pacientes que apresentam HAS/DM e seus resultados, espera-se melhorar o controle destas patologias e, conseqüentemente, evitar conseqüências danosas.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Estratificação, Atenção Básica em Saúde





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
2.1	Objetivo Geral . . . . .	11
2.2	Objetivos Específicos . . . . .	11
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
3.1	Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: definição e fatores de risco . . . . .	13
3.2	Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus . . . . .	14
3.3	Políticas Públicas em Saúde sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus . . . . .	16
3.4	Tratamento da HAS e DM na Atenção Básica . . . . .	17
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>23</b>



# 1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vitória Régia encontra-se na cidade de Astorga, no município do Paraná e abrange uma área pertencente a cinco bairros deste município, sendo eles: conjunto Vitória Régia, conjunto Sol Nascente, Jardim Paraná, Hioge Cavalari e Jardim Astorga. Segundo dados da UBS coletados em julho de 2015, são atendidas aproximadamente 1040 famílias, com população adscrita de 3192 pessoas. Destes, 1658 são mulheres (52%) e 1534 são homens (48%). Em relação à faixa etária, a população atendida está, em sua maioria, na fase adulta (1844 – 58%), já crianças e jovens são 808 (25%) e idosos são 540 (17%).

Da população assistida, apenas 5% encontra-se cadastrada em programa social de renda (Bolsa Família) e, aproximadamente, 20% da população é coberta por planos de saúde particulares. A grande maioria da população maior de 15 anos (96%) encontra-se alfabetizada, dentre os que tem idade entre 7 e 14 anos, 79% são alfabetizados.

Existe um salão comunitário na região, que é administrado por liderança eleita anualmente. Neste espaço são realizados eventos festivos e sociais, além de cursos diversos, atividades que destinam seus lucros para o fornecimento de cestas básicas para a população mais carente, entre outras medidas. Encontram-se alocados na área de abrangência da UBS: colégio, cheche, biblioteca e também uma Igreja católica a qual tem importante função social para a comunidade. Logo à frente da igreja encontra-se uma praça pública, local que permite espaço de lazer para as famílias do bairro.

Destaca-se como local de risco social e ambiental a área correspondente a toda extensão da rua Lauro Jorge (extensa rua paralela à BR – alocada nos Bairros Vitória Régia e Hioge Cavalari). Reside nesta área a população de mais baixa renda da UBS e no local há extenso depósito de lixo a céu aberto. Ainda, marginal ao bairro Conjunto Sol Nascente, encontra-se área de mata preservada, mas que recebe também grande quantidade de entulhos e lixos, o que aumenta risco de proliferação de mosquitos e outros insetos.

A água tratada (clorada pela SANEPAR – Companhia de Saneamento do Paraná) está disponível para aproximadamente 84% das famílias; 15% recorrem a métodos de filtração e 1% das famílias não possuem acesso a tratamento da água. A coleta pública do lixo (com destino aos aterros sanitários) está disponível para 100% das famílias. Já o serviço de esgoto está disponível a 83% das famílias, sendo o restante (17%) dispendo do sistema de fossa.

Segundo dados coletados na UBS, os principais agravos em atendimento são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM), estando em acompanhamento 438 pacientes com HAS (14%) e 118 com DM (4%). Estes pacientes são acompanhados dentro do ambulatório geral e gradativamente estão sendo classificados conforme risco, a fim de serem acompanhados em um período específico. Nas segundas-feiras à tarde em

atendimentos individuais e, em grupo, com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com programação de retorno conforme classificação de risco. Os que já foram classificados de alto risco, ou de difícil controle com medicações “comuns”, são encaminhados para ambulatório específico na sede da região de saúde (Maringá-PR), onde são acompanhados por várias especialidades médicas e outros profissionais da saúde (endocrinologista, cardiologista, oftalmologista, nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, etc).

A UBS Vitória Régia conta com equipe de saúde bucal, com dentista e técnica, as quais realizam atendimentos diariamente, tendo êxito em acabar com a fila de espera e cuidar da saúde bucal da população adscrita. Não foi possível coletar dados referentes a dentes perdidos, cariados e obturados devido às férias da referida equipe.

As principais queixas nos atendimentos realizados por demanda espontânea são sintomas de vias aéreas superiores, dores osteomusculares, tonturas e cefaleias. A referida UBS não recebeu casos de tuberculose ou hanseníase no período observado.

A questão elencada como relevante neste projeto de intervenção é a falta de segmento de pacientes com HAS/DM, ou seja, a falta de informação sobre tratamento atual, estágio das doenças e possíveis agravos decorrentes destas. O estudo do tema é de extrema importância tanto para os profissionais de saúde, quanto para os próprios pacientes, pois resolvendo a falta de informações sobre estes pacientes pode-se melhor evitar futuras complicações e controlar as atuais, quando presentes.

Além de benéfico para os usuários da UBS, haverá maior facilidade nas consultas subsequentes, no rastreamento e estratificação das doenças crônicas, tornando possível alimentar o sistema, já informatizado, com maior quantidade e qualidade de informações, beneficiando, deste modo, também o profissional de saúde e o sistema de saúde.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Promover estratificação de risco e conduta pertinente direcionada à população adscrita da Unidade Básica de Saúde Vitória Régia com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

### 2.2 Objetivos Específicos

Identificar as condições atuais de saúde e do tratamento da população com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus por meio de exames de rotina, agendamento de consultas e busca ativa.

Implementar estratégias educativas para a comunidade sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, fornecendo informações sobre esses agravos e seu tratamento.

Incentivar a equipe multidisciplinar da UBS no engajamento no rastreamento, no cuidado e orientação da população com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus por meio da capacitação dos profissionais de saúde.



## 3 Revisão da Literatura

### 3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: definição e fatores de risco

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um grande problema de saúde e correspondem a 72% das causas de morte. Atingem, em grande número, camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes ([BRASIL, 2011](#)).

Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010) ([BRASIL, 2011](#)).

É importante salientar alguns fatores de risco das referidas doenças no Brasil. O primeiro deles é em relação aos níveis de atividade física no lazer da população adulta, os quais são considerados baixos (15%). Outro fator de risco é a má alimentação, pois apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana; 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana. Ambos contribuem para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente. Os fatores de risco modificáveis em comum das DCNT são: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade ([BRASIL, 2011](#)).

Dentre as DCNT, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são algumas das mais prevalentes e importantes a nível nacional e mundial e serão abordadas especificamente nesse projeto de intervenção.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA) - (PA 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais ([CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010](#)).

A constatação de um valor elevado em um dia não é suficiente para diagnóstico da HAS, a não ser em pacientes com manifestações funcionais evidentes. Para os demais, recomenda-se aferir a pressão em 2 consultas adicionais, separadas pelo menos por uma semana. A partir destes resultados faz-se a média aritmética das medidas (somando a média das medidas do primeiro dia mais às duas medidas subsequentes e divide-se por

três), tendo diagnóstico positivo se a média da PA for maior ou igual a 140/90mmHg (DUNCAN et al., 2013).

Já o Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013a).

O diagnóstico de Diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual [ $>200$ ], glicemia de jejum [ $>125$ ], teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) [ $>200$ ] e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c) [ $>6,5\%$ ] (BRASIL, 2013a).

O Diabetes Mellitus tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8%. Além desses tipos, o diabetes gestacional também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto.

Em algumas circunstâncias, a diferenciação entre o DM tipo 1 e o tipo 2 pode não ser simples. Em alguns casos de dúvida, podem ser solicitados níveis de anticorpos anti-GAD e avaliação da reserva de insulina pancreática por meio da medida de peptídeo-C plasmático. Anticorpos positivos e peptídeo C abaixo de 0,9 ng/ml sugerem o diagnóstico de tipo 1, enquanto que anticorpos negativos e peptídeo C elevado sugerem Diabetes tipo 2. O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes (BRASIL, 2013a).

O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle (BRASIL, 2013a).

O aumento da prevalência de DM2 tem sido ainda associado ao crescimento da industrialização e desenvolvimento socioeconômico. O aumento na predominância da obesidade na adolescência registrado nos últimos anos explicaria, em grande parte, o avanço do DM2 nas populações jovens, assim como o desenvolvimento da síndrome metabólica e de doenças cardiovasculares na maturidade. Em decorrência, o desenvolvimento de complicações precoces terá implicações para o resto da vida tanto para criança quanto para o orçamento da saúde pública (MILECH et al., 2016).



## 3.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as Doenças Cardiovasculares (DCVs) têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 ([BRASIL, 2013b](#)).

A HAS um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, com a prevalência no Brasil variando entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos ([CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010](#))

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013 ([MALACHIAS et al., 2016](#)).

No Brasil, Hipertensão Arterial (HA) atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Junto com o DM, suas complicações (cardíacas, renais e Acidente Vascular Encefálico) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 ([MALACHIAS et al., 2016](#)).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM), 77% de Acidente Vascular Encefálico (AVE), 75% com Insuficiência Cardíaca (IC) e 60% com Doença Arterial Periférica (DAP). A HA é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE ([MALACHIAS et al., 2016](#)).

Já com relação ao DM, estima-se que aproximadamente 285 milhões de pessoas no mundo todo (7%), entre 20 e 79 anos, tenham diabetes atualmente, dos quais 70% vivem em países de rendas médias e baixas ([MILECH et al., 2016](#)).

No final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população brasileira adulta em 7,6%; dados de 2010 apontam taxas mais elevadas, em torno de 15% em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, por exemplo. ([DIRETRIZES SBD, 2015-2016](#)). O Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil evidenciou a influência da idade na prevalência de DM e observou incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes ([MILECH et al., 2016](#)).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de Diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Em relação à escolaridade, observou-se maior taxa de diagnóstico de Diabetes (9,6%) entre os indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Em relação à idade, as taxas variaram de 0,6% para a faixa etária de 18 a 29 anos a 19,9% para a de 65 a 74 anos. Não foram verificados resultados estatisticamente distintos entre brancos, pretos e pardos (MILECH et al., 2016).

### 3.3 Políticas Públicas em Saúde sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

A epidemia crescente do Diabetes e da Hipertensão Arterial e suas complicações, uma das decorrências mais visíveis da epidemia de obesidade, demanda políticas públicas de promoção à saúde e prevenção de doença que privilegiem estratégias intersetoriais. O Brasil vem desenvolvendo políticas públicas de promoção à saúde e prevenção de doenças, e recentemente estruturou o Plano de Ações e Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (DUNCAN et al., 2013).

O referido Plano visa preparar o país para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção. Como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde (MS) tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool e também é uma prioridade do Governo Federal. O Programa Academia da Saúde, criado em abril de 2011, visa à promoção de atividade física. No campo da alimentação saudável, o incentivo ao aleitamento materno tem sido uma importante iniciativa do MS, ao lado do Guia Alimentar para a População Brasileira, da rotulagem dos alimentos e dos acordos com a indústria para a eliminação das gorduras trans e, recentemente, para a redução de sal nos alimentos. Além disso, nos últimos anos, ocorreu uma importante expansão da Atenção Básica em Saúde, que, hoje, cobre cerca de 60% da população brasileira. As equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção,

vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT (BRASIL, 2011).

Outro destaque refere-se à expansão da atenção farmacêutica e à distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para Hipertensão e Diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes, estatina, entre outros). Em março de 2011, o programa Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço passou a ofertar medicamentos para essas doenças e, atualmente, mais de 17.500 farmácias privadas já estão cadastradas para a distribuição gratuita desses medicamentos. Além disso, o governo brasileiro lançou, em 2011, o Programa Brasil sem Miséria, que pretende reduzir a pobreza destacando ações para o enfrentamento de doenças crônicas (BRASIL, 2011).

### 3.4 Tratamento da HAS e DM na Atenção Básica

O risco cardiovascular global deve ser avaliado em cada indivíduo hipertenso, pois auxilia na decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica. A identificação dos indivíduos hipertensos que estão mais predispostos às complicações CV, especialmente infarto do miocárdio e AVE, é fundamental para uma orientação terapêutica mais agressiva. Diversos algoritmos e escores de risco baseados em estudos populacionais foram criados nas últimas décadas, mas, considerando a ausência de dados brasileiros para uma avaliação mais precisa do risco CV na população, deve-se evitar o uso de um único escore de risco para basear as decisões terapêuticas (MALACHIAS *et al.*, 2016). Nesse sentido, é de extrema importância esta classificação e posterior controle do quadro, para evitar complicações consequentes do mau tratamento da HAS.

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) valorizou a estratificação de risco, baseada nos seguintes itens: reconhecimento dos fatores de risco cardiovasculares; fatores adicionais para a HAS; identificação de lesões em órgãos-alvo (como rins, coração, retina, artérias, etc); identificação de lesões subclínicas destes órgãos (MEIRELLES *et al.*, 2013).

Os fatores de risco adicionais para a HAS representam homens com idade acima de 55 anos e mulheres acima de 65 anos; o tabagismo; as dislipidemias, especialmente, triglicérides acima de 150 mg/dL, LDL-colesterol maior que 100 mg/dL e HDL-colesterol menor que 40 mg/dL; a presença de diabetes mellitus e a história familiar prematura de doença cardiovascular (em homens com idade menor que 55 anos e mulheres com idade menor que 65 anos). Como lesão subclínica de órgãos-alvo, se cita inicialmente a presença de HVE ao ECG (MEIRELLES *et al.*, 2013).

Com relação ao DM, o controle dos níveis glicêmicos é essencial para o seu tratamento. Com a realização do controle metabólico o paciente mantém-se assintomático e previne-se das complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade. O controle glicêmico pode ser monitorado por glicemias de jejum, pré-prandial

(antes das refeições), pós-prandial (após as refeições) e pela hemoglobina glicada (HbA1c). As glicemias são utilizadas para orientar o ajuste de dose da medicação empregada, uma vez que apontam os momentos no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação. A HbA1c é o parâmetro utilizado para avaliar o controle glicêmico em médio e em longo prazos, pois reflete os níveis glicêmicos dos últimos dois/três meses (MILECH et al., 2016).

A meta para o tratamento da hiperglicemia em adultos, atualmente recomendada pela Associação Americana de Diabetes, é alcançar HbA1c (BRASIL, 2013).

Alvo menos rigoroso (HbA1c entre 7% e 7,9%) pode ser considerado em casos mais complexos, como pessoas com histórico de hipoglicemias frequentes, doença micro ou macrovascular avançada e/ou dificuldade em obter bom controle glicêmico, apesar da associação de diversas medicações antidiabéticas. Maior flexibilidade é recomendada também para pessoas com Diabetes tipo 2 cujo início ocorreu após 60 – 65 anos. Quando for difícil alcançar o controle glicêmico desejado, é bom considerar a potencialidade do controle de outros parâmetros, como peso e pressão arterial, ou fatores de risco, como sedentarismo e alimentação inadequada (BRASIL, 2013a).

Sendo assim, pode-se utilizar o nível glicêmico médio (principalmente através da hemoglobina glicada) para realizar a estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus.

É considerado risco baixo se glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose (pré-diabetes); ou diabético com HbA1c (MEIRELLES et al., 2013).

O risco é considerado alto, se diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado suficiente; e/ou presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado suficiente e/ou; presença de complicações crônicas com capacidade de autocuidado suficiente; e muito alto, se Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado apoiado insuficiente e/ou; presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou; presença de complicações crônicas com capacidade de autocuidado insuficiente) (MEIRELLES et al., 2013).

Essas especificidades auxiliam no atendimento e tratamento do DM e da HAS, facilitando o trabalho do profissional de saúde e indicando a conduta mais adequada a seguir, considerando também os aspectos preventivos e também a promoção de saúde.

## 4 Metodologia

O objetivo do presente projeto de intervenção é aumentar a quantidade de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que são acompanhados regularmente na Unidade Básica de Saúde Vitória Régia. Além disso, visa-se estratificá-los conforme grau de risco de complicações a fim de melhor conduzir o tratamento e evitar danos em decorrência destas patologias.

Para tal, os pacientes recebem visitas domiciliares das Agentes Comunitárias de Saúde ou técnica de enfermagem, onde respondem questionários breves sobre algumas informações importantes para sua estratificação. Por exemplo, se é ou não tabagista; se faz uso de álcool; se pratica atividades físicas regularmente; se tem história familiar de complicações cardiovasculares ou outras conseqüentes da mesma patologia ou de outras; se faz uso de medicamentos e toma corretamente; quando foram realizados últimos exames laboratoriais de rotina para patologia em questão (caso seja recente anotar os valores); anotações de aferições de PA (Pressão Arterial) – caso tenha em mãos.

Os pacientes que têm diagnóstico realizado durante o período de estratificação, esta já é feita no momento da consulta. Então, conforme dados trazidos por estes profissionais, a enfermeira seleciona os que já têm dados suficientes para serem estratificados e os repassa para o médico da UBS para realizar a estratificação. Já os que possuem dados faltantes, seja valores de PA, exames laboratoriais ou informações de anamnese, são encaminhados para consulta médica a fim de completá-los.

Conforme a sua estratificação (graduada em baixo, moderado, alto e muito alto risco), o paciente será submetido a diferentes condutas: na “agressividade” do seu tratamento (necessidade ou não de medicamentos, doses e metas de valores de exames), periodicidade de consultas e exames de rotina, e onde será acompanhado. É interessante pontuar que os casos de maior risco serão acompanhados em outro serviço até que obtenham melhora e controle do quadro.

Os exames laboratoriais utilizados na estratificação da HAS são: potássio, creatinina, urina<sup>1</sup>, glicemia de jejum, lipidograma, ácido úrico e ECG recente; já para DM são: creatinina, urina<sup>1</sup>, glicemia de jejum, TTOG (teste de tolerância oral a glicose) 75g e hemoglobina glicada.

A estratificação dos pacientes com HAS é feita por meio do risco cardiovascular global, que é um escore que aponta o grau de risco conforme dados sobre o paciente (nível de PA, fatores de risco, lesão de órgãos alvos e condições clínicas associadas). Já a estratificação dos pacientes com DM é realizada inicialmente levando em conta o valor de hemoglobina glicada, sendo que 9% é considerado controle ruim.

Como locais para realização deste projeto temos as residências dos pacientes, onde será feita a abordagem inicial daqueles que já são registrados como doentes crônicos

(HAS/DM) e a Unidade Básica de Saúde, local em que serão feitas as consultas subsequentes, tanto para estratificação final, quanto para continuação de acompanhamento e tratamento da patologia.

A ação em questão não tem delimitação de término, pois é um processo contínuo e dinâmico, até mesmo para o paciente. Dessa forma, deve ser realizado inicialmente com busca ativa dos pacientes para estratificação inicial. Essa primeira etapa já foi realizada entre abril/2016 até janeiro/2017, e após isso, o mesmo processo deve ser renovado nas consultas com cada paciente que apresenta HAS ou DM a fim de mantê-lo com o melhor cuidado possível, conforme a sua estratificação de risco.

Os agentes do projeto são os profissionais de saúde da UBS. As ACS e técnicas de enfermagem realizam as visitas iniciais aos pacientes que já possuem diagnóstico de HAS ou DM para coletar informações básicas necessárias para a estratificação. Posteriormente, a enfermeira avalia estas informações e seleciona quais pacientes já podem ser estratificados.

Após essa conduta, pode ser agendada consulta médica conforme periodicidade necessária a qual é variável segundo a estratificação; e também é avaliado quais pacientes devem passar por consulta médica antes da estratificação para serem coletas mais informações necessárias para esse processo.

O médico da UBS fica responsável por fazer a estratificação dos pacientes, conduzir a maioria dos casos (geralmente os de baixo e moderado risco), e encaminhar os casos de maior risco para consultas especializadas. Estes usuários são acompanhados e tratados pelo CISAMUSEP (Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense), onde passam por consultas com diversos especialistas da área de saúde (p.ex.: nutricionista, enfermagem, fisioterapeuta, cardiologista, endocrinologista, oftalmologista, etc) e lá são acompanhados até conseguirem diminuir o seu grau de risco na estratificação. Após a diminuição do risco, são re-encaminhados para a UBS para dar continuidade ao acompanhamento e cuidado na Atenção Básica em Saúde.

## 5 Resultados Esperados

O processo de estratificação de risco de doenças crônicas, em especial Diabetes e Hipertensão Arterial, foi iniciado na Unidade Básica de Saúde Vitória Régia no início do ano de 2015, quando ainda era realizado o registro de prontuário manual. Um dos motivos da mudança para o registro informatizado foi a exigência de alguns dados para que a UBS conseguisse atingir metas e ganhar o selo de qualidade da secretaria de saúde do estado do Paraná (selo bronze de qualidade). Com isso, o processo progrediu.

Em março de 2016, a UBS estava se preparando para conseguir o selo prata de qualidade, também da secretaria de saúde do estado do Paraná, a qual exigia um número ainda maior de estratificação (em proporcionalidade aos número de doentes crônicos).

Não se tem ainda muitos dados do número de pacientes estratificados desde o início do processo, em 2015, devido à mudança de profissionais da unidade e também pelos registros ainda serem manuais e facilmente extraviados. Porém estão disponíveis dados do início de 2016, quando, dentre estratificados em acompanhamento ou não na unidade, e pendentes (que ainda não haviam trazido exames), existem 127 hipertensos e 66 diabéticos.

Desde então, o processo de busca de pacientes, que sabidamente têm diabetes ou hipertensão arterial (DM: 112 e HAS: 392), iniciou mais ativamente e cresceram os números de estratificação para: 314 hipertensos – 80,1%. Desses, 198 estão acompanhando em nosso ambulatório periodicamente, 47 acompanham em outros serviços, 69 estão pendentes (têm exames solicitados, mas ainda não trouxeram) e 88 não estão estratificados. E ainda, 84 diabéticos – 75%, sendo que 63 acompanham periodicamente no nosso ambulatório, 9 consultam em outro serviço, 12 pacientes estão com pedidos de exames, mas ainda não realizaram e 17 ainda não compareceram para estratificação.

Dentre os estratificados, que fazem acompanhamento no ambulatório, temos a seguinte segmentação: Hipertensos – baixo risco 127 (64,1%) , risco moderado 34 (17,17%) e alto risco 37 (18,68%); Diabéticos – bom controle: 30 (47,6%), controle moderado: 13 (20,6%) e controle ruim: 20 (31,7%).

A partir do trabalho de estratificação de risco dos pacientes que apresentam diabetes e hipertensão arterial e seus resultados, espera-se melhorar o controle destas patologias e, conseqüentemente, evitar conseqüências danosas, como lesões de órgãos alvos. Sabe-se que conforme o grau de risco de cada paciente, é possível tomar diferentes decisões em relação ao rigor do tratamento (p.ex. meta do controle glicêmico, meta de valores de pressão arterial, meta de LDL, etc.).

Além disso, pode-se avaliar a qualidade do tratamento destas patologias, comparando os dados da UBS com dados nacionais e internacionais, principalmente levando em conta a evolução dos números desta estratificação, melhora ou piora a longa prazo, em relação à proporção de diferentes graus de risco; organizar a agenda de consultas/retorno

destes pacientes, pois conforme o grau de risco é variável a periodicidade do retorno; e, ainda, conhecer quais necessitam de maiores cuidados, com acompanhamento de outras especialidades médicas.



## Referências

BRASIL, M. da Saúde do. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado 3 vezes nas páginas 13, 16 e 17.

BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus*: Cadernos de atenção básica n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 18.

BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*: Cadernos de atenção básica n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 15.

CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. porto alegre: Artemed, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 16.

MALACHIAS, M. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, p. 1–83, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.

MEIRELLES, A. L. et al. *LINHA-GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA*: Secretaria do estado de saúde de minas gerais. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.

MILECH, A. et al. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 17.