



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

GUILHERME DI DIO KRÄHENBÜHL

A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE HIPERTENSÃO E DIABETES EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

SÃO PAULO
2020

GUILHERME DI DIO KRÄHENBÜHL

A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE HIPERTENSÃO E DIABETES EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

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: CRISTIANE LOPES DE SOUZA

SÃO PAULO
2020

Resumo

As doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda, como o Brasil.

Um estudo preliminar analisou mais de 1200 consultas médicas da Equipe Andorinha de Estratégia da Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São Pedro, localizada em São Bernardo do Campo, estado de São Paulo. Verificou-se que 17% do total das consultas tinham como CID principal HAS e/ou DM. Decidiu-se, dessa forma, realizar um projeto de intervenção de saúde no território, com a criação de um grupo específico de acompanhamento para absorver este contingente de pacientes e estudá-lo melhor.

O entitulado Grupo Hiperdia teve início em dezembro de 2019, com frequência semanal e duração total de quatro horas. Os dados do paciente são coletados, ministram-se palestras de promoção à saúde e o devido acompanhamento do paciente é realizado, com leitura de exames e alteração das prescrições quando pertinente. Os pacientes têm seu escore de Framingham calculado.

Até o presente momento, 82 pessoas passaram pelo grupo, sendo 6 pacientes de risco alto, 8 pacientes de risco médio, 44 pacientes de risco baixo e 24 pacientes sem risco calculado por falta de dados.

Espera-se, com este projeto de intervenção no território: facilitar o acesso; orientar os pacientes sobre o problema; estabelecer o objetivo do tratamento; encorajar modificações no estilo de vida; tentar nova abordagem em terapias sem sucesso; acompanhar constantemente os pacientes de maior risco.

Palavra-chave

Unidade Básica de Saúde. Promoção da Saúde. Doença Crônica. Diabetes. Hipertensão.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A Unidade Básica de Saúde São Pedro está localizada no município de São Bernardo do Campo, São Paulo. A unidade é grande, contando com nove equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), um psiquiatra, uma ginecologista e uma pediatra. A população atendida pela unidade é de aproximadamente 80 mil pessoas. A infraestrutura conta com 15 consultórios, sala de vacina refrigerada, sala de medicação e inalação, sala de curativos, farmácia e quatro consultórios odontológicos, além da recepção e diversas salas de espera. A equipe do médico responsável pelo projeto de intervenção conta com uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e três agentes comunitárias de saúde (ACS). A população atendida pela equipe Andorinha, alvo deste estudo, é de aproximadamente 11.500 pessoas, com predominância de adultos e idosos. A equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da unidade é completa e contém uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta, um educador físico e uma nutricionista. Uma parte da agenda médica da equipe é destinada a gestantes, outra parte à puericultura e uma terceira parte é destinada ao atendimento de adultos.

A população adstrita é grande e as equipes da unidade são mal distribuídas. Três equipes, incluindo a equipe estudada, possuem mais de 10.000 habitantes, e as demais um número entre 2.000 e 8.000. Por tal razão, a equipe analisada sofre sobrecarga, principalmente nos horários de demanda espontânea: muitas vezes utiliza-se o horário reservado a reuniões de equipe para poder agendar pacientes mais complexos e que exigem mais atenção no cuidado.

Dada esta situação, realizou-se um estudo preliminar para conhecer melhor as comorbidades que mais afligem a população adstrita. Foi analisado um total de 1247 consultas médicas realizadas entre julho e novembro de 2019, das quais se extraiu o Código Internacional de Doenças (CID) principal do atendimento. Verificou-se que a principal procura está relacionada à especialidade de cardiologia (14% do total), sendo hipertensão arterial sistêmica (HAS) a maior parte (12% do total de consultas). Em segundo lugar, ficaram empatadas consultas de endocrinologia e de puericultura (12% do total cada), sendo consultas para diabetes mellitus (DM) a principal causa dentro de endocrinologia (5% do total). A Tabela 1 mostra todas consultas médicas analisadas por especialidade médica segundo o CID.

Tabela 1 – Consultas médicas da Equipe Andorinha divididas por especialidade e CID principal.

ESPECIALIDADE	SUBTIPO	TOTAL	%SUBTIPO	%TOTAL
CARDIOLOGIA	HAS	149	85%	12%
	OUTROS CARDIOLOGIA	26	15%	2%
CARDIOLOGIA Total		175	100%	14%
PUERICULTURA		151	100%	12%
ENDOCRINOLOGIA	DISLIPIDEMIA	47	31%	4%
	DM	60	40%	5%

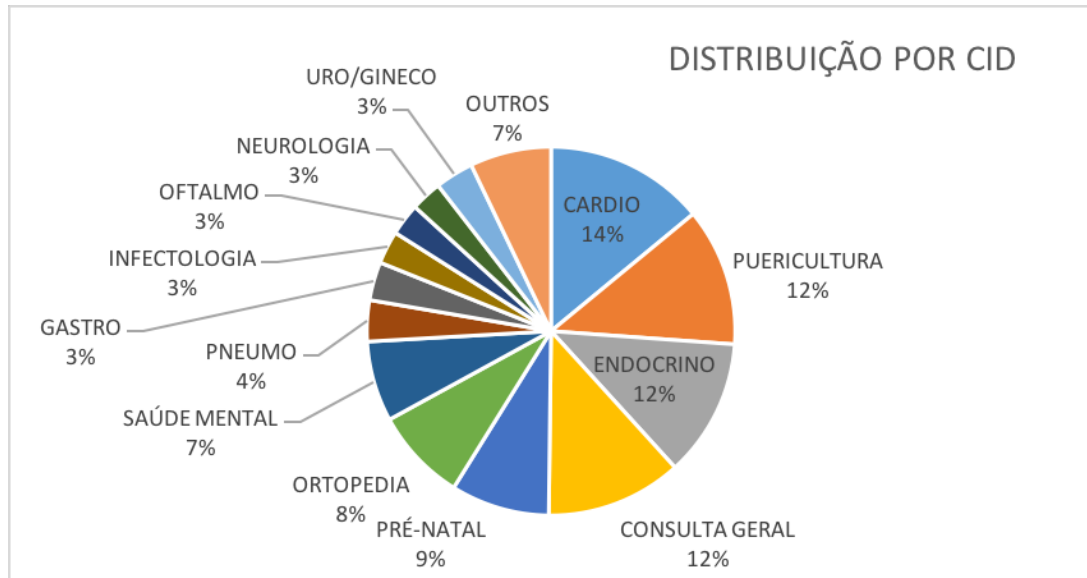
	HIPOTIREOIDISMO	25	17%	2%
	OUTROS ENDOCRINOLOGIA	19	13%	2%
ENDOCRINOLOGIA Total		151	100%	12%
CONSULTA GERAL		149	100%	12%
PRÉ-NATAL		108	100%	9%
ORTOPEDIA	DORSALGIA	42	41%	3%
	OSTEOPOROSE	16	16%	1%
	OUTROS ORTOPEDIA	44	43%	4%
ORTOPEDIA Total		102	100%	8%
SAÚDE MENTAL	ANSIEDADE	24	27%	2%
	DEPENDÊNCIA BENZODIAZEPÍNICOS	18	20%	1%
	DEPRESSÃO	24	27%	2%
	OUTROS SAÚDE MENTAL	22	25%	2%
SAÚDE MENTAL Total		88	100%	7%
PNEUMOLOGIA	ASMA/DPOC	27	60%	2%
	PNEUMOLOGIA	18	40%	1%
PNEUMOLOGIA Total		45	100%	4%
GASTROENTEROLOGIA	DRGE	29	69%	2%
	OUTROS GASTROENTEROLOGIA	13	31%	1%
GASTROENTEROLOGIA Total		42	100%	3%
SINTOMAS DIVERSOS		41	100%	3%
INFECTOLOGIA		36	100%	3%
OFTALMOLOGIA		35	100%	3%
NEUROLOGIA		34	100%	3%
UROLOGIA		28	100%	2%
ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA		22	100%	2%
DERMATOLOGIA		17	100%	1%
GINECOLOGIA		14	100%	1%
MALFORMAÇÕES		6	100%	0%
ACIDENTES		3	100%	0%
TOTAL GERAL		1247	100%	100%

Fonte: o próprio autor, 2019.

Então cerca de 26% do total das consultas foram de cardiologia ou endocrinologia, sendo

que 17% do total das consultas tinham como base os diagnósticos de HAS ou DM (Gráfico 1). Em posse deste estudo preliminar, decidiu-se realizar um projeto de intervenção de saúde no território, com a criação de um grupo específico de acompanhamento para absorver este contingente de pacientes e estudá-lo melhor.

Gráfico 1 – Distribuição das Consultas Médicas por especialidade



Fonte: Planilhas de Monitoramento da UBS, 2019.

ESTUDO DA LITERATURA

As doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda, como o Brasil (MALTA et al, 2017).

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial — PA ($PA \geq 140 \times 90\text{mmHg}$). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (2014b), a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo: sua prevalência no Brasil varia 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.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Da mesma forma, o diabetes mellitus é um problema de saúde considerado condição sensível à Atenção Primária pelo Ministério da Saúde (2014a), ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema, ainda na Atenção Básica, evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009). No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011.

AÇÕES

Dessa forma, decidiu-se criar um grupo específico para cuidar dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos da equipe Andorinha, intitulado Grupo Hiperdia, visando melhorar o acompanhamento desses pacientes, além de diminuir a demanda do acolhimento para consultas de rotina de hipertensão e diabetes.

O agendamento para participar do grupo é feito pela farmácia da unidade, a qual encaminha os pacientes que possuem receitas de medicamentos próximas da data de vencimento.

O grupo teve início em dezembro de 2019, com frequência semanal e duração total de quatro horas. Neste tempo, os pacientes são pesados, medidos, têm sua PA e glicemia capilar aferidas, enquanto são realizadas ações de promoção à saúde, por meio de palestras multidisciplinares sobre nutrição, atividade física, metas terapêuticas, possíveis complicações e medicamentos disponíveis. Em seguida, todos os pacientes têm seus últimos exames laboratoriais avaliados pelo médico, que em posse de todos os dados, realiza os ajustes necessários nas prescrições, além de solicitar novos exames de rotina para seguimento, segundo cada caso. Em um determinado momento, os pacientes também têm a possibilidade de compartilhar suas experiências pessoais e dúvidas.

Os dados dos pacientes são coletados em uma planilha que possui os seguintes campos: número do prontuário; nome completo do paciente; data de nascimento; idade; data do último exame de rotina; último resultado de colesterol total; último resultado de HDL; valor atual da PA sistólica; valor atual da PA diastólica; valor atual da glicemia capilar; peso; altura; classificação de risco cardiovascular de Framingham; diagnósticos atuais; e medicações em uso.

Os dados são utilizados para classificação de risco e acompanhamento de rotina dos pacientes.

A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas.

O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. As Tabelas 2 e 3 foram utilizadas para o cálculo de risco (escore de Framingham) dos pacientes que passam pelo grupo, respectivamente, para pacientes do sexo masculino e do sexo feminino.

Tabela 2 – Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham: Homens.

HOMENS					
Idade			Pontos		
20 – 34			-9		
35 – 39			-4		
40 – 44			0		
45 – 49			3		
50 – 54			6		
55 – 59			8		
60 – 64			10		
65 – 69			11		
70 – 74			12		
75 – 79			13		
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	0
200 – 239	7	5	3	1	0
240 – 279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1
	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	8	5	3	1	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
< 40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	0		1		
130 – 139	1		2		
140 – 159	1		2		
≥ 160	2		3		

Fonte: Ministério da Saúde (2014b).

Tabela 3 – Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham: Mulheres.

MULHERES					
Idade			Pontos		
20 – 34			-7		
35 – 39			-3		
40 – 44			0		
45 – 49			3		
50 – 54			6		
55 – 59			8		
60 – 64			10		
65 – 69			12		
70 – 74			14		
75 – 79			16		
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	1
200 – 239	8	6	4	2	1
240 – 279	11	8	5	3	2
≥280	13	10	7	4	2
	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	9	7	4	2	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
<40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	1		3		
130 – 139	2		4		
140 – 159	3		5		
≥160	4		6		

Fonte: Ministério da Saúde (2014b).

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que em pouco mais de seis meses de realização do grupo Hiperdia consiga-se cadastrar a totalidade, ou quase a totalidade, de hipertensos e diabéticos da área adstrita da equipe estudada, mapeando aqueles indivíduos que necessitam de um melhor cuidado, utilizando-se como ferramenta a classificação de risco de Framingham. Além disso, espera-se que a demanda espontânea (acolhimento) por consultas médicas diminua, pois tais pacientes teriam acompanhamento regular por meio do grupo Hiperdia. O número de pacientes que buscam o acolhimento da equipe Andorinha está sendo monitorado diariamente desde dezembro de 2019, utilizando-se uma planilha na qual são computadas o número de senhas dispensadas no dia.

Até o presente momento, 82 pessoas passaram pelo grupo, sendo 53 do sexo feminino e 29 do sexo masculino, e a média de idade encontrada foi de 58 anos para as mulheres (± 12 anos) e 61 anos para os homens (± 11 anos). Realizou-se a estratificação de risco, encontrando-se até o presente momento 6 pacientes de risco alto, 8 pacientes de risco médio, 44 pacientes de risco baixo e 24 pacientes sem risco calculado por falta de dados (Tabela 4).

Das 82 pessoas avaliadas até o momento, apenas 5 são tabagistas (6,1%). Tais pacientes foram devidamente encaminhadas para o Grupo de Tabagismo da UBS, para que sejam auxiliados a cessar o fumo, conhecido fator de risco para doenças cardiovasculares.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes por risco cardiovascular.

Risco pelo escore de Framingham	Quantidade
Alto	6
Médio	8
Baixo	44
Não Avaliado por Falta de Dados	24
Total Geral	82

Segundo o risco cardiovascular de cada paciente, pode-se estipular a periodicidade do acompanhamento médico, de consultas de enfermagem e odontológicas (Tabela 5), segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (2014b). Bem como a solicitação de exames aprofundados para a população de risco mais elevado, como teste ergométrico e ecodopplercardiograma.

De acordo com as necessidades e os resultados do acompanhamento da pessoa, esta poderá também ser encaminhada para avaliação com o farmacêutico ou para orientações com nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico.

Até o momento, o Grupo Hiperdia foi muito bem recebido pela população e por todos integrantes da equipe de ESF, alvo deste projeto.

Tabela 5 – Classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica

Categoria	Risco de Evento Cardiovascular em 10 Anos	Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica
Baixo	< 10%	Anual	Anual	Anual
Médio	10-20%	Semestral	Semestral	Anual
Alto	>20%	Quadrimestral	Quadrimestral	Anual

Fonte: Ministério da Saúde (2014b).

Espera-se, com este projeto de intervenção no território:

- ♦ Facilitar o acesso;
- ♦ Orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e apoio social;
- ♦ Estabelecer o objetivo do tratamento (obter níveis normotensos e normoglicêmicos com mínimos efeitos adversos);
- ♦ Encorajar modificações no estilo de vida;
- ♦ Tentar nova abordagem em terapias sem sucesso;
- ♦ Acompanhar constantemente os pacientes de maior risco.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

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

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, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigilatel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MALTA, DC; BERNAL, RTI; LIMA, MG; et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 1:4s

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 107, n. 3, 2016.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. Journal of the American College of Cardiology, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.