



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

FÀBIO SANTIAGO BATISTIN

RASTREAMENTO E BUSCA ATIVA COMO MEDIDA DE DETECÇÃO PRECOCE E  
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE: UM PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO

SÃO PAULO  
2020

FÀBIO SANTIAGO BATISTIN

RASTREAMENTO E BUSCA ATIVA COMO MEDIDA DE DETECÇÃO PRECOCE E  
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE: UM PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO

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: FERNANDA FERREIRA MARCOLINO

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

O aumento e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) são algumas das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo. O rastreamento como estratégia de prevenção secundária tem sido um fator importante para reduzir agravos e mortalidade. A Atenção Básica é o equipamento essencial de saúde para avaliação, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Apesar disso, a taxa de diagnóstico precoce e controle destas doenças ainda são baixas. Portanto, o objetivo deste projeto está criar um Projeto de Saúde no Território (PST) visando o trabalho em equipe e territorial de vigilância e rastreamento (busca ativa) de adultos com hipertensão e diabetes numa Unidade Básica de Saúde da Grande São Paulo. Dessa forma, para execução deste, o PST será executado em 3 fases: Identificação do problema e preparação; Implantação e execução da ação; e avaliação dos resultados. Espera-se, como resultado, melhorar o acesso, diagnóstico e longitudinalidade do cuidado, mantendo os dados reais atualizados e em constante monitoramento por parte das equipes.

## **Palavra-chave**

Diabetes. Hipertensão. Rastreamento.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

O Município de Barueri situa-se na Região sudeste do Estado do São Paulo, com uma população de 274.182 habitantes (IBGE-2019). A rede de Atenção Básica (AB) à saúde do município de Barueri é composta por 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo realizadas nesse período reformas, ampliações delas. O modelo de Atenção Primária adotado pela Secretaria de Saúde do município de Barueri é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em que, para cada uma das UBS, há uma população delimitada sob a sua responsabilidade, em determinado território geográfico. Considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e eixo central da organização do sistema, as ESF em Barueri já alcançam uma cobertura de 88% de assistência.

A UBS José Francisco Caiaba está localizada no setor Leste de Barueri, no bairro Aldeia de Barueri, região central, e possui toda infraestrutura como água, esgoto, igrejas, comércios, creches, escolas, dentre outros. A área de abrangência no território possui ainda escolas Municipais de Ensino Médio e também conta com uma creche infantil. A UBS conta com quadro de funcionários multiprofissionais, desde equipe administrativa, equipe de enfermagem, farmácia, odontologia, assistente social, agente de vigilância em saúde e médicos, sendo estes psiquiatra, clínicos gerais (cinco), ginecologistas (dois) e pediatras (dois). Todos os profissionais atendem a população geral do território, que consta, em média, de 25 mil pessoas cadastradas, onde, cerca de 75% (18,7 mil pessoas) se caracteriza como população em idade ativa (acima de 15 anos).

Conforme dados secundários internos da UBS José Francisco Caiaba, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) tipo 2 apresentam números proporcionalmente muito menores que a média nacional. Na unidade em questão, os registros mostram que 711 (3,79%) dos usuários são hipertensos e 333 (1,78%) diabéticos, onde, destes, 437 (2,33%) apresentam apenas HAS, 59 (0,31%) apenas DM e 274 (1,46%) possuem ambas afecções, sendo comórbidos.

Tais dados nos mostram que este valor está muito abaixo da média de hipertensos e diabéticos no Brasil, que é de 32,5% (MALACHIAS et al., 2016), que pode apontar para um possível problema de baixos diagnósticos ou pouca procura desses usuários no sistema de saúde local. Existe ainda na UBS uma dificuldade em realizar ações coletivas para além da prática ambulatorial, devido à grande demanda e agendas centradas em atendimentos individuais e com pouco tempo para abordagem integral. Pensando em estratégias de diagnósticos precoces, acesso, cuidado e prevenção da saúde, sendo estes alguns dos pilares da Atenção Básica, se faz necessário, para um profissional Médico de Família, ações que visem, antes de tudo, a prevenção e a promoção da saúde, bem como a vigilância, detecção precoce e rastreamento das condições de saúde da população local. Nesse sentido, a proposta deste Projeto de Saúde no Território (PST) visa um trabalho em equipe e territorial de vigilância e rastreamento (busca ativa) de adultos com hipertensão e diabetes, a fim de garantir o acesso, diagnóstico e longitudinalidade do cuidado, mantendo os dados reais atualizados e em constante monitoramento por parte das equipes.

## ESTUDO DA LITERATURA

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) são algumas das principais causas de morbimortalidade na atualidade, em nível mundial. Um dos fatores essenciais para o tratamento e prevenção secundária dos agravos colaterais destas morbidades é o rastreamento, a partir da detecção precoce.

No Brasil, sendo a Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família, porta prioritária de acesso aos serviços de saúde, bem como responsável pelas ações de cuidados territoriais, a longo prazo, nos diferentes níveis de vida da população, é também onde o diagnóstico e rastreamento de hipertensão e diabetes devem, preferencialmente, acontecer (BRASIL, 2013). No entanto, a taxa de diagnósticos e controle da doença ainda são muito baixas (DANTAS; RONCALLI, 2019).

Além disso, a prevalência de hipertensão em indivíduos diabéticos é duas vezes maior comparada a uma população de não diabéticos. O aumento do índice de massa corpórea e o tempo de evolução do diabetes *mellitus* são os principais determinantes da elevação da pressão arterial, particularmente a pressão sistólica. A maioria dos portadores de diabetes do tipo 2 já são hipertensos no momento do diagnóstico de diabetes. Particularmente nesse grupo de diabéticos há fatores de risco presentes como obesidade, sedentarismo, idade avançada, dislipidemia, tabagismo, história familiar. A obesidade e o sedentarismo associados à resistência insulínica correlacionam-se com a elevação da pressão arterial (MILECH., 2016; BRASIL, 2013). Dessa forma, é preconizado que indivíduos com hipertensos e diabéticos devam ter seus índices glicêmicos e pressão arterial (PA) mensuradas em todas as consultas. O Ministério da Saúde orienta ainda que usuários com pressão arterial entre 130/85 a 139/89mmHg devem ser acompanhadas para identificação de fatores de risco, com consultas com profissional de enfermagem e averiguar a PA duas vezes ou mais no intervalo de uma até duas semanas (BRASIL, 2013).

A identificação dos fatores de risco clínicos foi considerada, nas últimas décadas, como um dos mecanismos de prevenção da saúde, a fim de realizar diagnósticos precoces e medidas de intervenção imediatas, evitando, dessa forma, agravos em saúde. Principalmente quando se tratam das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que vêm em crescente demanda epidemiológica com consequências a longo prazo para a população e maiores riscos de morbimortalidade. Como consequência à transição epidemiológica das doenças, a população também têm buscado menos os serviços de saúde para a prevenção e promoção da saúde, o que gera menor identificação de riscos, subnotificação, ações de prevenção e, principalmente, diagnósticos tardios, trazendo consequências cada vez mais alarmantes e, muitas vezes, irreversíveis (BRASIL, 2010).

Dessa forma, cabe à Atenção Básica executar ações de prevenção, detecção precoce, rastreamento, diagnóstico, tratamento e manutenção de indivíduos hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2010; 2013), podendo ser o projeto de saúde no território uma ferramenta importante para se colocar em prática tais medidas.

O Projeto de Saúde no território é uma ferramenta de trabalho da Atenção Básica que visa ações efetivas de organização, gestão, planejamento e execução de estratégias que visem a melhoria das condições locais de saúde da população adscrita de uma UBS e sua região. Ela

visa participação de trabalhadores, gestores, usuários e membros da comunidade em geral, para a construção de um projeto de saúde local de prevenção, promoção e recuperação da saúde diante de um problema, nós críticos ou vulnerabilidade local. O PST visa ainda que haja como consequência a vigilância em saúde (BRASIL, 2009a) e deve ser executado em três de etapas, que são: identificação do problema e preparação; implantação e execução das ações; e avaliação dos resultados (BRASIL, 2009b). Portanto, pode se tornar uma proposta de intervenção efetiva para a situação do baixo acesso e diagnóstico dos usuários na Unidade, como também para organizar as ações de rastreamento.

Portanto, objetiva-se melhorar, à médio e longo prazo, o rastreamento, diagnóstico e cuidado continuado dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS José Francisco Caiaba.

## AÇÕES

De acordo com Brasil (2009), o Projeto de Saúde no Território deve ser organizado em 3 etapas, anteriormente descritas. Logo, as ações deste trabalho serão guiadas por tais fases:

### a) Identificação do problema e preparação

Conforme já apresentado na descrição do problema, anteriormente, destaca-se:

- ♦ Baixos índices de diagnósticos de HAS e DM;
- ♦ Pouco acesso da população adulta hipertensa e diabética na UBS;
- ♦ Poucas ações de rastreamento populacional;
- ♦ Agenda da equipe sem espaço para ações de rastreamento, vigilância e busca ativa;
- ♦ Planejamento e organização para a implantação de um fluxograma de rastreamento de HAS e DIA na UBS com a participação de toda a equipe.

### b) Implantação e execução da ação:

- ♦ Agendar reuniões com equipe, gerente e conselho gestor para pactuar a ação;
- ♦ Estabelecer um fluxograma de rastreamento de HAS e DIA conforme orientações do Ministério da Saúde;
- ♦ Organização da agenda e garantia de um horário (1 hora por semana) para rastreamento e busca ativa de usuários adultos com hipertensão e diabetes, para além das consultas agendadas;
- ♦ Realizar a aferição da PA de todo usuário acima de 18 anos que não tenha feito aferição nos últimos dois anos, que não apresentem queixas clínicas (BRASIL, 2013);
- ♦ Realizar aferição de PA de todo usuário acima de 18 anos que apresentem queixas clínicas suspeitas ou alguma alteração na PA/glicemia recentemente (BRASIL, 2013; 2006);
- ♦ Verificar a PA em situações de estresse físico ou emocional, a fim de evitar falsos-positivos, bem como agendar retorno para correta averiguação (BRASIL, 2013);
- ♦ Verificar a PA de todo usuário com algum sintoma de crise hipertensiva (cefaleia, alteração visual, déficit neurológico, tontura, fraqueza, dormência, dor no peito e falta de ar);
- ♦ Realizar teste de índice glicêmico anual em indivíduos acima de 45 anos, obesos, com sobrepeso, com HAS, antecedentes familiares, colesterol HDL acima de 35 mg/dL e/ou triglicérides >150 mg/dL, histórico de DM na gestação ou da síndrome de ovários policísticos, e doenças vasculares prévias (BRASIL, 2006);
- ♦ Agendar consultas periódicas com profissional da enfermagem para pessoas com PA e índices glicêmicos limítrofes (BRASIL, 2013; 2006);
- ♦ Realizar busca ativa, com parceria dos profissionais de toda a UBS, bem como a realização de mutirões em campanhas bimestrais;
- ♦ Qualificar o registro e retorno dos usuários diagnosticados;
- ♦ Atualizar e monitorar os bancos de dados locais;

c) Avaliação dos resultados

- ♦ Avaliar os resultados, através dos índices de usuários com HAS e DIA diagnosticados antes, durante e após implantação do fluxograma de rastreamento.



## **RESULTADOS ESPERADOS**

Com a implantação do Projeto de Saúde no Território, espera-se ampliar e qualificar o rastreamento, diagnóstico e cuidado continuado de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* tipo 2 na Atenção Básica. Como consequência, a melhora da qualidade de vida dos usuários e da população local tende a aumentar. Para ambas as condições, a detecção precoce, análise adequada de exames, histórico familiar, estilo de vida (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, alimentação e estresse) e acompanhamento através de condições prévias como níveis de colesterol aumentados, obesidade, pressão arterial com oscilações, distúrbios lipídicos, e de açúcares no sangue realizadas em intervalos, tendem a sinalizar riscos e apontar foco de atuação clínico-assistencial dos profissionais (BRASIL, 2010). Dessa forma, o profissional antecipa condições de cronicidade e pode manejar os casos preventivamente. Logo, este projeto também pode contribuir para a qualidade dos atendimentos e do manejo profissional, incluindo a equipe multidisciplinar.

Além disso, com a avaliação dos resultados do Projeto de Saúde no Território e sua eficácia, este pode ser precedente para demais ações na Unidade, servindo como ferramenta-base para a resolução de problemas locais.

## REFERÊNCIAS

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, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. **Diretrizes do NASF**: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009b. (Cadernos de Atenção Básica n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 95 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29)

DANTAS, R. C. O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 295-306, Jan. 2019 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/barueri.html>> Acesso em 18 de novembro de 2019.

MALACHIAS, M.V.B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK F.L.; RODRIGUES, C.I.S.; BRANDÃO A. A.; NEVES, M. F. T., et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2016.

MILECH, A. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)** / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.