



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANDREIA REZENDE PEREIRA

A ABORDAGEM DA LINHA DE CUIDADO EM PACIENTES HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS DA ESF DE PALMITALZINHO NO MUNICÍPIO DE APIAÍ

SÃO PAULO  
2021

ANDREIA REZENDE PEREIRA

A ABORDAGEM DA LINHA DE CUIDADO EM PACIENTES HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS DA ESF DE PALMITALZINHO NO MUNICÍPIO DE APIAÍ

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: NIELSE CRISTINA DE MELO FATTORI

SÃO PAULO  
2021

## **Resumo**

O projeto de território visa à estratificação dos pacientes hipertensos e diabéticos na ESF de Palmitalzinho da cidade de Apiaí-SP em decorrência do número elevado de usuários com essas duas condições. Por não ter havido uma sistematização da classificação dos riscos desses pacientes, não existia sequer alguma maneira da equipe de saúde planejar suas ações, o que poderia resultar em um cuidado fragmentado e não integral. Dessa forma, o escore de Framingham foi o instrumento utilizado para classificar os riscos de cada usuário, por ser uma ferramenta universalmente conhecida e com validade científica. E, assim, com os riscos identificados, a equipe de saúde estaria preparada para iniciar uma linha de cuidado por meio de grupos de intervenção com uma abordagem integral e longitudinal.

## **Palavra-chave**

Rede de Cuidados Continuados de Saúde. Diabetes. Hipertensão.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

A estratégia de saúde de família (ESF) de Palmitalzinho fica localizada no município de Apiaí-SP, a qual pertence à zona rural e distante 42 km do perímetro urbano. A ESF compreende a área do bairro Palmitalzinho, Campininha da Boa vista, Xuxeva, Butiá, Conceição do Herval e Roncador. A ambientação no meio do trabalho foi possível ser realizada em um mês para conhecimento do perfil de trabalho da equipe, da prevalência de morbidades dos usuários adscritos juntamente com os determinantes sociais de saúde.

Há uma suposição aproximada de 1200 pessoas residentes em Palmitalzinho, tendo em vista que a ESF possui algumas áreas descobertas por ausência de agentes de saúde para possibilitar o devido cadastramento. Há poucas crianças e gestantes, porém tem-se uma grande quantidade de público adulto jovem e idosos. E o fato que despertou a atenção é a alta prevalência de diabéticos e hipertensos. É maciça a presença desse grupo na maioria das consultas diárias, com seguimento inadequado, sem planejamento e sem classificação dos seus riscos.

Devido à necessidade de um olhar diferenciado para essa população, a qual apresenta maior carência pelo risco elevado de eventos com desfechos ruins, a equipe de saúde considerou ser importante uma abordagem ampla nesse grupo. Seriam estabelecidas estratégias de cuidado das quais os princípios doutrinários do SUS fossem aplicados (universalidade, integralidade e equidade) e que fossem respeitados os critérios da acessibilidade, do acompanhamento longitudinal e da coordenação do cuidado por meio do atendimento compartilhado. Todos esses aspectos estariam pautados no cuidado orientado na abordagem individual e familiar, correlacionado à competência cultural do meio e com ampliação das orientações para a comunidade.

Dessa maneira, após amplas discussões com a equipe, foi pensado de forma coletiva uma experiência que pudesse separar diabéticos e hipertensos em grupos de risco de acordo com semelhanças de critérios clínicos e laboratoriais. Sendo assim, tais grupos foram segregados em cores azul (controlados/leves), amarelos (moderados) e vermelhos (graves), o que definiria a forma de conduta e cuidado partilhado juntamente com toda equipe de saúde. O conceito é justamente implementar nos diabéticos e hipertensos promoção de saúde em todos os grupos (azuis, amarelos e vermelhos) com ênfase na prevenção de danos, educação em saúde por meio de grupos com palestras e formulação de atividades práticas integrativas desses usuários com a sua comunidade. Porém, essa abordagem seria inicialmente com os grupos mais críticos, no caso os vermelhos, e paulatinamente, com os amarelos e, após, com os azuis, tendo em vista o princípio da equidade (ofertar mais ações aos que mais precisam). Posteriormente, durante o trabalho com o grupo dos diabéticos, a equipe de forma conjunta considerou que a abordagem dos pés dos diabéticos era uma forma de prevenir agravos a fim de evitar amputações. Formulou-se um planejamento semanal de avaliar 10 pacientes diabéticos para o exame de seus pés, com confecção de cartões de acompanhamento para cada paciente. De acordo com os achados encontrados, a avaliação dos pés poderia ser anual, semestral ou já prontamente encaminhado para ambulatório de cirurgia vascular.

A idéia está em desenvolvimento ainda e os trabalhos foram penalizados nesse ano

pela pandemia mundial de Covid-19. Porém, a equipe da ESF aguarda liberação para retorno de atividades em grupos e consultas eletivas. O objetivo inicial seria o alcance dessa proposta para toda a comunidade do território para fins de qualidade de vida e rede de apoio e ajuda entre os integrantes para evitar desfechos graves nos diabéticos e hipertensos. Dessa forma, a equipe considera que esse conjunto de ações é capaz de reforçar os laços da comunidade e fortalecer sua participação na ESF e controle social.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

A diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica são doenças de grande prevalência no Brasil e responsáveis em grande parte por compor majoritariamente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O Ministério da Saúde desenvolveu um programa em 2006 chamado de Vigitel para monitoramento da frequência e distribuição dos principais determinantes das DCNT. Isso é feito por meio de inquérito telefônico com objetivo de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas. No ano de 2019, foi constatado que 7% da população brasileira possui diabetes mellitus e 24,5% sofre de hipertensão arterial sistêmica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Nesse último inquérito, houve um aumento expressivo da quantidade de obesos no Brasil com uma taxa de aumento em 72% comparado ao primeiro inquérito realizado em 2006. Hoje, a obesidade acomete 20% da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019) e esses números revelam que os maus hábitos de vida estão intrinsecamente ligados ao aumento dessa porcentagem mostrada nos inquéritos anuais, os quais compreendem: sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo e aumento do consumo de alimentos industrializados e carboidratos refinados. Ademais, os fatores hereditários e a predisposição genética para tais doenças são aflorados pelo mau estilo de vida (influência do meio ambiente) e os índices dessas morbidades são mais elevados quando piores são os determinantes socioeconômicos e comportamentais de uma população.

O Brasil é um país de grandes dimensões territoriais e com diferentes áreas em transições demográficas e epidemiológicas. As particularidades regionais influenciam nos dados de prevalência da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Em locais com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sejam elas caracterizadas pelo deslocamento árduo da população em unidades de saúde ou a inexistência delas em cidades com regiões precárias e longínquas, ou até mesmo a falta de profissionais de saúde a qual impossibilita sua fixação, nota-se um maior número de casos de DCNT comparadas a regiões com melhores índices socioeconômicos.

Diante dessa realidade, a dinâmica observada em zonas rurais representam bem essa particularidade regional específica e estão inseridas nesse contexto da transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. As unidades de saúde instaladas no meio rural abarcam uma grande demanda de usuários portadores de DCNT, sendo as principais a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Essa evolução não é muito diferente na ESF de Palmitalzinho, onde há uma elevada prevalência dessas morbidades, devido essa população se caracterizar justamente naquilo discutido acima: estilo de vida inadequado e acesso penoso aos serviços de saúde seja pelo deslocamento dificultado da população que mora a grandes distâncias da unidade de saúde e também pela pior qualidade de manejo clínico a qual a cidade de Apiaí está inserida (recursos escassos para investimentos em medicina diagnóstica e a não valorização do programa de estratégia de saúde de família com priorização da quantidade absoluta de consultas médicas por estratégia política).

Majoritariamente, a maior questão na ESF de Palmitalzinho é o grande número elevado de hipertensos e diabéticos da população adscrita. Não havia sequer uma classificação da estratificação de risco desse grupo, sem uma lógica funcional. E o processo ficava desorganizado para a equipe da ESF compreender a melhor forma de atuação em promover linhas de cuidado para fins de prevenção e redução de agravos, além de promoção

de saúde. Esses seriam os objetivos a serem implementados na unidade de saúde para melhoria dos indicadores de saúde e, conseqüentemente, evitar desfechos ruins os quais seriam as complicações advindas do não cuidado dessas morbidades.

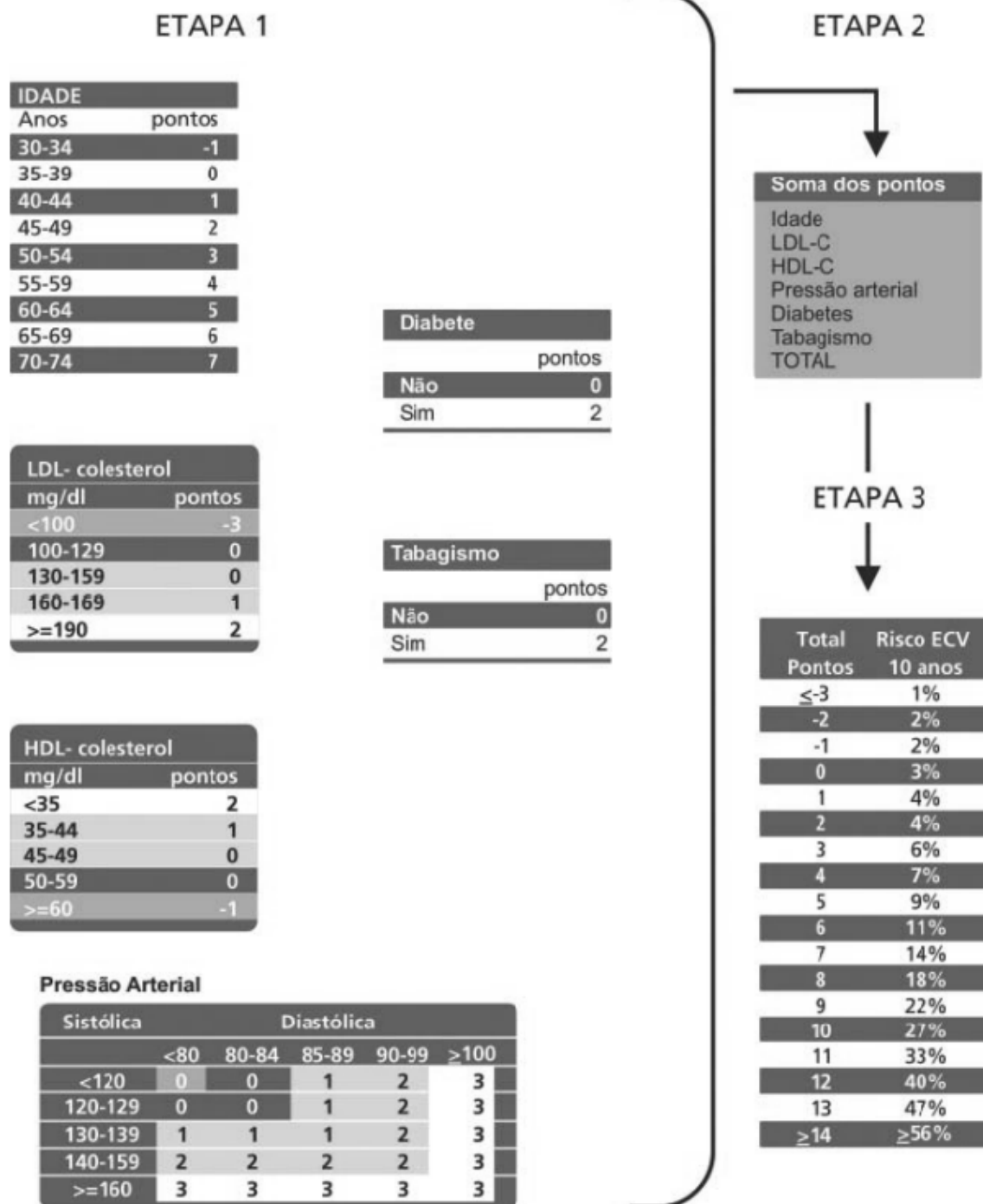
## **AÇÕES**

Esse trabalho visa a implementar na população adscrita de Palmitalzinho a classificação de risco de todos os pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Isso possibilitaria uma dimensão real para toda a equipe de saúde conhecer efetivamente os riscos dos quais os usuários estão submetidos a fim de implementar estratégias diferenciadas de acordo com cada classificação.

A estratificação de risco seria baseada no escore de Framingham a qual é um estudo de coorte de acompanhamento longitudinal dos indivíduos para avaliar a incidência de agravos que tais pacientes possuem e quais os riscos calculados a que estão inseridos para desenvolver desfechos como doenças cardiovasculares (DCV). O cálculo desse risco seria avaliado por meio do estudo de Framingham, conforme tabela diferenciada para gênero masculino e feminino.

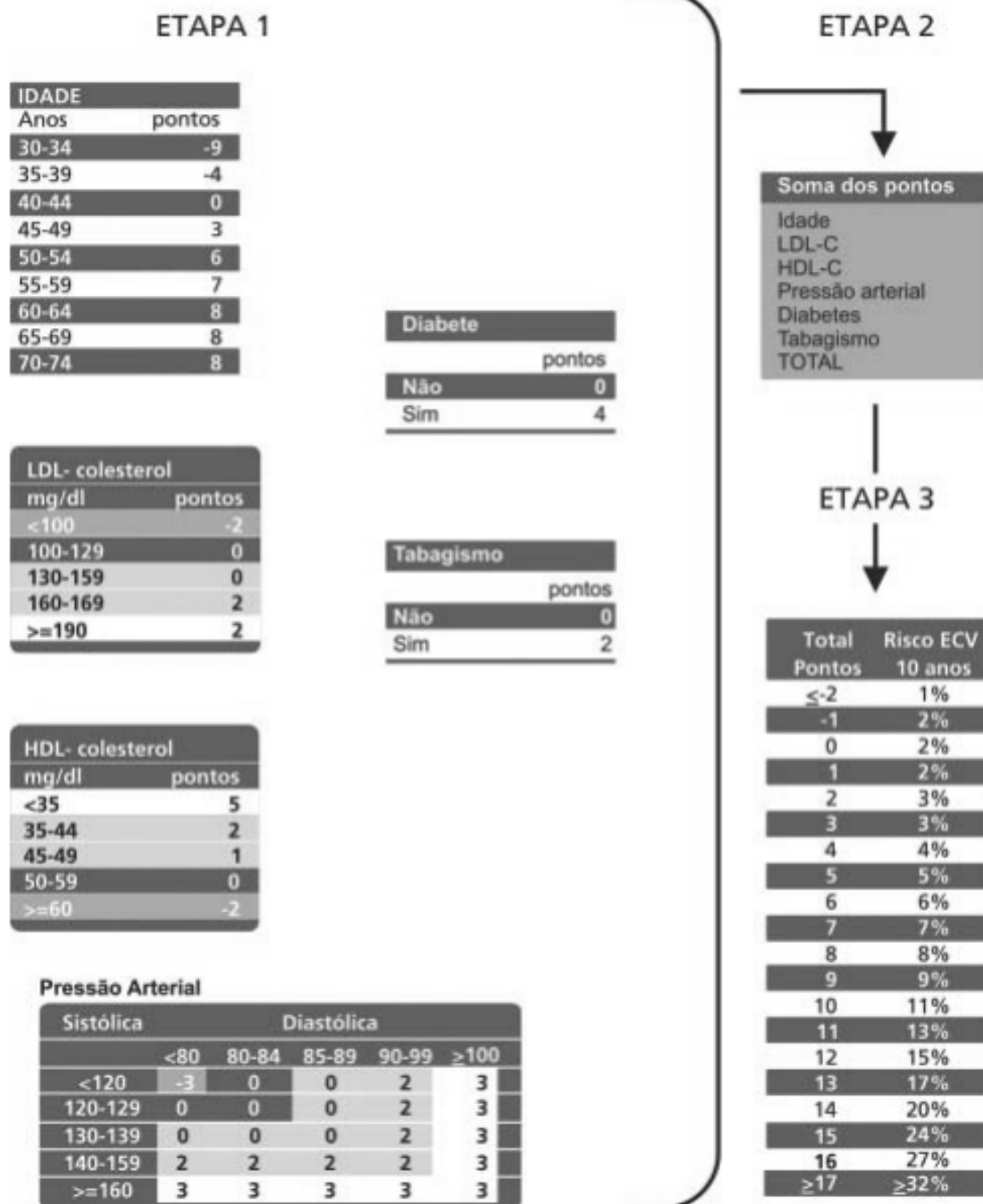
**Figura 1.** Escore de Framingham revisado para homens.





**Fonte:** Ministério da Saúde, 2006.

**Figura 2.** Escore de Framingham revisado para mulheres.



**Fonte:** Ministério da Saúde, 2006.

As classificações de risco cardiovascular (RCV) seriam avaliadas como baixo risco, risco intermediário e alto risco, definidas após o cálculo da somatória de pontos das variáveis encontradas de cada paciente (idade, valores de perfil lipídico, presença ou não de diabetes mellitus, presença ou não de tabagismo, valores medidos de níveis pressóricos sistólicos e diastólicos) com o resultado final da porcentagem que define o RCV em 10 anos. O quadro abaixo define a estimativa do RCV:

**Quadro 1:** Classificação de RCV

<b>Grau de risco cardiovascular</b>	<b>Risco em 10 anos</b>
Baixo	< 10%
Intermediário	10-20%
Alto	> 20%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 29)

A partir da classificação de risco, pontuou-se a necessidade de agrupar os pacientes com características semelhantes para melhor estruturação de trabalho de promoção de saúde pela equipe de saúde de Palmitalzinho. Dessa maneira, a estratégia de agrupamentos seria por meio da identificação de cada paciente, a partir do cálculo do RCV, em cores com montagem de uma planilha feita no Excel para facilitar a separação dos grupos e proporcionar frentes de trabalho diferenciadas e direcionadas a cada grupo específico.

**Quadro 2:** Agrupamento dos pacientes em cores conforme o risco definido

<b>Risco</b>	<b>Cor</b>
Baixo	Azul
Intermediário	Amarelo
Alto	Vermelho

Sendo assim, a estratégia de trabalho para os grupos da cor vermelha, amarela e azul seria diferenciada. A equipe de saúde decidiu montar um calendário de ações semanais com 10 pacientes por vez durante 4 vezes por semana aos pacientes classificados na cor vermelha, amarela e azul até que todos tenham sido abarcados para uma roda de conversas entre eles e os profissionais de saúde. O objetivo desses grupos seria de fazer o acolhimento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos e escutá-los para que pudéssemos entender a realidade de cada um para adequarmos um plano de ação que fosse pertinente às suas vivências. A partir da realidade local, a equipe de saúde em conjunto com os pacientes decidiria as ações que poderiam ser implementadas aos usuários. Como exemplo, como foi colocado pela equipe de saúde que o sedentarismo representa um fator de risco importante no mau controle pressórico e glicêmico, os usuários apresentaram idéias que pudessem estimular a atividade física. Muitos reclamaram que o bairro de Palmitalzinho não possui uma pista de caminhada mais plana e lisa para ajudar na movimentação. A partir disso, os pacientes perceberam que poderiam reivindicar aos agentes políticos do município a passagem de máquinas para regularizar alguns trechos de ruas do bairro para deixá-los mais planejados e facilitar a caminhada. A idéia foi compartilhada nesses grupos e os usuários pediram apoio da equipe de saúde para viabilizar essa reivindicação a prefeitura. Foi percebida uma consciência coletiva na comunidade por meio de estímulos derivados dos trabalhos em grupos. O resultado foi que a prefeitura acatou a idéia e ajudou nessa requisição dos usuários.

Devido a pandemia, algumas frentes de trabalho foram paralisadas, porém o grupo classificado na cor azul teria uma estratégia mais reforçada na implementação de medidas

não farmacológicas e acompanhamento médico a cada 1 ano para verificação dos níveis pressóricos, realização de exames laboratoriais e adesão medicamentosa. Para o grupo da cor amarela, o acompanhamento médico seria a cada 6 meses, checar se há risco iminente de lesão de órgãos-alvo e reforço nas medidas não-farmacológicas. E, por fim, para o grupo da cor vermelha, considerado de alto risco ou que já tenha doença arterial estabelecida, a frente de trabalho seria de acompanhamento a cada 4 meses com implementação de medidas farmacológicas mais severas para evitar novos desfechos ruins, além de avaliação com equipe multidisciplinar para ajudar o usuário a reduzir danos potencialmente permanentes.

## RESULTADOS ESPERADOS

A implementação das ações desse projeto de intervenção é direcionada para atuação, em um primeiro momento, sobre o usuário. Os resultados esperados são a melhoria dos indicadores de saúde por meio do estabelecimento de uma linha de cuidado nas DCNT, como no caso da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na ESF de Palmitalzinho.

Para isso, cada grupo foi classificado em cores de acordo com os graus de risco calculados, conforme caracterizado no item “ações” desse projeto. A sistematização da linha de cuidado será formulada juntamente com a equipe da ESF. Dessa maneira, projeta-se que essa intervenção produza vínculo e responsabilização do usuário com a ESF e seu território. E, concomitante, abordagem familiar com posterior enfoque comunitário para conscientização de mudança de estilo de vida por meio de exposição de fatores de risco contribuidores de agravos (por exemplo, álcool, tabagismo, sedentarismo) e estímulo a fatores protetores (alimentação saudável e atividade física).

A ideia é que esse projeto produza os melhores resultados sobre os indicadores de saúde e possibilite ao usuário um olhar mais profundo para compreensão do diagnóstico situacional a qual seu território está inserido. Em outras palavras, um usuário bem informado sobre suas condições de saúde e integrado à equipe do seu território se torna conhecedor dos impasses e limites que dificultam a chegada de recursos que poderiam contribuir na prevenção dessas duas doenças e minimizar os efeitos deletérios que elas provocam na pessoa. Resumidamente, seria uma estratégia de atuação macropolítica em que se envolve as articulações intersetoriais e regulatórias e melhor sistematização das redes de serviços (MALTA; MEHRY, 2010).



Fonte: Nolte; McKee, 2008 (adaptado).

Enfim, a linha de cuidado dos usuários em relação à hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em Palmitalzinho será focada sob uma abordagem integral com atuação em todos os níveis de promoção, prevenção e redução de danos. Isso aliada a um cuidado coordenado junto a ESF e estabelecimento de um acompanhamento longitudinal que extrapole a abordagem não só somente no usuário como na sua família e comunidade.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, nº 14, 2006, 58p.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
5. MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface (Botucatu). v. 14, p. 593-605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>>.