



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Maria Ávila Littig

Classificação de risco e seguimento periódico de
pacientes hipertensos e diabéticos de Unidade de Saúde
no município de Cachoeiro de Itapemirim-ES

Florianópolis, Março de 2023

Maria Ávila Littig

Classificação de risco e seguimento periódico de pacientes hipertensos e diabéticos de Unidade de Saúde no município de Cachoeiro de Itapemirim-ES

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

Orientador: Cinthia Rejane Corrêa
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Maria Ávila Littig

Classificação de risco e seguimento periódico de pacientes hipertensos e diabéticos de Unidade de Saúde no município de Cachoeiro de Itapemirim-ES

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 Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Cinthia Rejane Corrêa
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial e o diabetes são doenças muito prevalentes na população brasileira, responsáveis por grande parte das complicações renais, oftalmológicas e cardiovasculares. No bairro em que atuo, essa realidade é bem presente, o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos é expressivo, porém também é expressiva a falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, bem como ao seguimento médico periódico. Objetivo: Aumentar a adesão dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos ao seguimento de suas doenças; fazendo sua classificação de risco cardiovascular e elaborando um calendário anual com retornos periódicos para avaliação do paciente e de seus exames complementares, bem como de suas medicações em uso. Metodologia: Os pacientes serão separados por microárea e cada uma será atendida em um dia da semana, durante 05 (cinco) semanas. Durante esses atendimentos será feita anamnese, exame físico e avaliação de exames complementares, de forma a realizar a classificação de risco cardiovascular (baixo, médio, alto) de cada paciente. Cada paciente sairá da consulta com seu retorno agendado para seis meses, quatro meses ou três meses, se for, baixo risco, médio risco e alto risco, respectivamente. Resultados esperados: Esperamos que, quando esse projeto for aplicado, conheçamos melhor os indivíduos hipertensos e/ou diabéticos adscritos na área; façamos seu acompanhamento periódico e que haja maior adesão dos pacientes às atividades realizadas e ao tratamento proposto.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Diabetes Mellitus, Fatores de Risco, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	15
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

Atuo no município de Cachoeiro de Itapemirim- ES. O município possui 208.972 moradores . Em relação à faixa etária, há 60.343 crianças e adolescentes (0-19 anos); 122.193 adultos (20-59 anos); 26.165 idosos (com 60 nos ou mais). O coeficiente de natalidade era de 14,24% no ano de 2015. Ainda no ano de 2015 tivemos: taxa de mortalidade geral da população correspondente a 6,48%; taxa de mortalidade por doenças crônicas de 0,4%; taxa e mortalidade infantil no município de 12,4%; e razão de mortalidade materna de 21,5% (IBGE, 2020) (TABNET, 2015). Dentro desta realidade está o bairro União, no qual se encontra a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Alto União. A unidade de saúde possui 02 (duas) equipes. A equipe 007, na qual atuo, é composta por 01 médico do Programa Mais Médicos (generalista), 01 enfermeiro especialista em ESF, 01 técnico em enfermagem, odontólogo, auxiliar consultório dentário e 05 agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe 007 atende uma população de 3474 habitantes, sendo 1680 pessoas do sexo masculino e 1794 do sexo feminino. A maior parte da população em idade escolar está matriculada e frequenta as aulas, a maioria da população economicamente ativa completou o ensino médio e parte considerável dos idosos, já aposentados, são analfabetos (DADOS DA UBS).

Os serviços ofertados são: consulta médica, consulta de enfermagem, consultas odontológicas, sala de vacina, curativos, visitas domiciliares, pré-natal, puericultura, consultas puerperais e atenção à saúde mental. As consultas são agendadas diariamente através do fornecimento de fichas no início do dia. São ofertadas 15 vagas de manhã e 15 à tarde, sendo que 03 em cada turno reservadas para “urgências” (febre, diarreia, dor precordial, pico hipertensivo, entre outros). As visitas domiciliares são agendadas pelas ACS de acordo com a demanda de suas respectivas áreas. A UBS (Unidade Básica de Saúde) tem vínculo com NASF, que conta com psicólogo, assistente social, nutricionista e educador físico e o encaminhamento é feito através de guia de referência e contra-referência. Não há uso de telemedicina para segunda opinião. A comunidade utiliza bastante os serviços oferecidos pela UBS e adere aos programas propostos pela equipe de saúde. A maior procura para atendimento médico é referente às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial, a diabetes e saúde mental.

O bairro possui aproximadamente 50 anos de história e tem características de comunidade, com muitas construções irregulares, algumas ruas sem calçamento e nem toda a população tem acesso à água tratada e ligação à rede de esgoto. Fatos estes que interferem diretamente na saúde da população, favorecendo o adoecimento ou o agravamento de doenças previamente estabelecidas (tais como as DCNT). Temos 90 pacientes que possuem algum tipo de deficiência: 22 pacientes com deficiência intelectual/cognitiva, 18 com deficiência visual, 12 com outras deficiências. A área abrange 132 pacientes diabéticos e 424 pacientes

hipertensos (alvo do projeto de intervenção). 177 pessoas se auto-referem tabagistas e 43 são usuários de outras drogas. No cadastro do e-SUS contamos com 46 gestantes, porém tal número é irreal, visto que muitas vezes não são retiradas do cadastro. (DADOS DA UBS).

O problema prioritário é o grande número de pacientes hipertensos e diabéticos na área atendida pela equipe de saúde da família da qual sou médica. Além da alta prevalência destas duas doenças, outro fator preocupante é o baixo índice de adesão ao tratamento e o baixo seguimento/rastreamento de possíveis complicações. Ficou-se, durante muito tempo, apenas renovando receitas das medicações, muitas vezes até mesmo sem nem ver o paciente. Quando iniciei meu trabalho na UBS, comecei a mudar estes antigos hábitos, exigindo a presença do paciente para renovação de receitas, bem como fazendo exame físico e solicitando exames complementares que julgo necessários. O que venho observando é que alguns dos pacientes apresentam mau controle dos níveis pressóricos e glicêmicos (tanto pela má adesão quanto pela falta de reavaliação das medicações), bem como complicações oftalmológicas, renais e cardiovasculares de ambas as doenças, justamente pelo mau seguimento e má aderência ao tratamento que vinha acontecendo.

A construção de um projeto de intervenção em relação ao alto número de hipertensos e/ou diabéticos faz-se necessária devido aos impactos negativos que a má evolução que ambas as doenças podem ocasionar, tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde (gastos com internações e procedimentos). Entendo que é de extrema importância a conscientização dos pacientes quanto a necessidade de uma boa aderência ao seguimento ambulatorial, bem como a disponibilidade de atendimento da equipe de saúde de atender esses pacientes de forma que tenham um acompanhamento regular de suas comorbidades, com a finalidade de melhorar sua qualidade de vida a curto e em longo prazo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Aumentar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao tratamento, na Unidade de Saúde Alto União, no município de Cachoeiro de Itapemirim - ES.

2.2 Objetivos específicos

- Classificar o risco cardiovascular (alto risco, médio risco, baixo risco) dos pacientes de cada microárea;
- Confeccionar um calendário anual com retorno previamente estabelecido de acordo com a microárea do paciente e de sua classificação de risco cardiovascular;
- Realizar exames complementares (laboratoriais e eletrocardiograma);
- Renovar a receita apenas com a presença do paciente.

3 Revisão da Literatura

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são consideradas problemas de saúde pública, tanto no Brasil quanto no mundo. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) destacam-se entre elas, visto que contribuem para alta de taxa de morbimortalidade cardiovascular (FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014) (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

A HAS é uma DCNT caracterizada por níveis pressóricos acima de 140x90 mmHg, sustentadamente. Suas causas são multifatoriais (genéticas, comportamentais, entre outras) e possui diversos fatores de risco, que vão desde idade, sexo masculino, a alimentação rica em sódio, inatividade física e obesidade (MALACHIAS et al., 2016). Sua história remonta ao ano de 1896, quando houve o surgimento dos primeiros aparelhos de medida de pressão arterial. Porém, a doença ficou mais conhecida e estudada no século passado, visto que em 1949 não havia tratamento farmacológico específico para a HAS. Apenas em 1990 foi publicado o I Consenso Brasileiro para o tratamento da HAS (LUNA, 1999).

A HAS é uma doença de prevalência importante e considerável: 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmaram ter diagnóstico de hipertensão, em 2018. Neste mesmo ano, dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) indicaram que a parcela da sociedade mais afetada é formada por idosos: 60,9% dos entrevistados com idade acima de 65 anos disseram ser hipertensos, assim como 49,5% na faixa etária de 55 a 64 anos (VIGITEL, 2018).

A abordagem da HAS é fácil e conhecida. Não necessita de técnicas avançadas nem de exames especializados para seu diagnóstico. Seu tratamento engloba medidas não farmacológicas e farmacológicas. Entre elas destacam-se: prática de atividades físicas; dieta adequada com baixo teor de sódio (dieta DASH – *Dietary Approaches to Stop Hypertension*); controle do peso corporal; redução/cessação do consumo de álcool; cessação do tabagismo; acompanhamento médico periódico, com anamnese e exame físico, solicitação de exames complementares, educação em saúde e prescrição/adequação das medidas farmacológicas, que são as diversas medicações já disponíveis para tratamento da HAS e das comorbidades que a acompanham e que elevam o risco cardiovascular (hipercolesterolemia, por exemplo). Tais medidas devem ser implementadas em conjunto, de forma a melhorar a qualidade de vida dos pacientes, bem como diminuir a chance de agravos a longo prazo (SILVA et al., 2006) (PRÉCOMA et al., 2019).

O DM é também uma DCNT que cursa com alteração persistente dos níveis glicêmicos, causada tanto pela resistência insulínica quanto pela diminuição da produção da insulina, ou por ambos os mecanismos. Tem-se notado aumento da incidência dessa doença, o que pode dever-se às mudanças de estilo de vida e à urbanização acelerada. Possui causas e fatores de risco diversos, semelhantes à HAS (alimentação inadequada, obesidade, inativi-

dade física, entre outros) (FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014) (SBD, 2019). Estima-se que no Brasil haja 6,9% com DM, o que representa mais de 13 milhões de pessoas (SBD, 2020). O conhecimento desta doença data de 1500 AC, mas recebeu este nome apenas no século II DC. A insulina foi descoberta em 1921 e a droga para tratamento de DM via oral mais conhecida no mundo, a metformina, surgiu em 1960 e é hoje a medicação de escolha da maioria dos protocolos do mundo (SBEM, 2014). O diagnóstico do DM não requer recursos especializados, apenas a medição da glicemia capilar (hemoglicoteste – HGT) ou a medida da glicemia plasmática. O tratamento da DM também consiste em medidas não farmacológicas e farmacológicas, semelhantes às medidas adotadas para controle da HAS (SBD, 2019) (GROSS et al., 2002).

Diante desses dados, podemos observar a importância do acompanhamento regular e multidisciplinar dos pacientes portadores dessas doenças. A partir do seguimento desses indivíduos, podemos fazer orientações sobre alimentação e mudança de estilo de vida, realizar exames complementares, fazer ajuste medicamentoso, referenciar para o especialista (oftalmologista, cardiologista, endocrinologista), quando necessário e antecipar o diagnóstico de possíveis complicações, de forma a melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida do paciente (SILVA et al., 2006).

A atenção primária é a porta de entrada da maioria desses indivíduos no sistema de saúde, e nesse cenário destaca-se o HiperDia, um programa de cadastro dos portadores dos agravos acima citados. É necessário que as Unidades de Saúde procurem implementar/organizar esses grupos de forma a conseguir fazer o seguimento regular dos hipertensos e diabéticos adscritos em sua área de abrangência, uma vez que essa é uma forma de garantir acesso aos ambulatórios e aos tratamentos propostos (TABNET, 2020).

4 Metodologia

O projeto de intervenção será realizado para os pacientes adscritos na minha área de atuação da Estratégia de Saúde da Família União, em Cachoeiro de Itapemirim. A primeira etapa terá duração de 05 (cinco) semanas. Serão levantados, pelas agentes comunitárias de saúde (ACS), o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos adscritos em suas respectivas microáreas. A partir disso, serão separados cinco dias de atendimento, sendo um dia por semana e por ACS, nos quais os pacientes serão triados e classificados conforme seu risco cardiovascular. Antes de passarem pela consulta, os pacientes terão sua pressão arterial e glicemia capilar aferidas, além de serem verificados peso, altura e circunferência abdominal, pelas técnicas de enfermagem.

Durante a consulta, feita pela enfermeira e pela médica da área, será feita uma breve anamnese, avaliados exames laboratoriais (os mais recentes), história patológica progressiva (infarto, acidente vascular cerebral e doenças cardiovasculares em geral), calcularemos o índice de massa corporal (IMC) e faremos a classificação de risco cardiovascular do paciente (baixo, médio e alto). A classificação de risco usará como base a 7^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, de 2016, que traz os valores de referência a serem utilizados como ponto de corte e uma tabela simplificada que leva em consideração o valor da pressão arterial e o número de fatores de risco do indivíduo. Além disso, se necessário, haverá renovação das prescrições dos pacientes, ajustando as medicações caso haja mal controle pressórico/glicêmico ou associando medicações; solicitação dos exames complementares periódicos e encaminhamento para os especialistas de referência em caso de necessidade de avaliação e acompanhamento de complicações (cardiologia, nefrologia, endocrinologia, oftalmologia).

As tabelas a seguir demonstram os fatores de risco e a classificação para o risco cardiovascular (Tabela 01), os fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco cardiovascular no hipertenso (Tabela 02) e Doença cardiovascular e renal estabelecida para avaliação do risco adicional no hipertenso (Tabela 03). Todas elas foram adaptadas da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2016.

Legenda: PAS: pressão arterial sistólica, PAD: pressão arterial diastólica, HAS: hipertensão arterial sistêmica, DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica, DM: diabetes mellitus, LOA: lesão em órgão alvo.

Legenda: DCV: doença cardiovascular, TOTG: teste oral de tolerância a glicose, IMC: índice de massa corporal, CA: circunferência abdominal

Legenda: AVE: acidente vascular encefálico, RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.

Após a classificação de risco dos pacientes de todas as microáreas, serão programadas as consultas de retorno da seguinte forma: os pacientes de baixo risco cardiovascular

Tabela 1 – Tabela 01. Classificação para o risco cardiovascular

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	PAS 140-159 ou PAD 90-99	PAS 160-179 ou PAD 100-109	PAS 180 ou PAD 110
Sem fator de risco	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1-2 fatores de risco	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
3 fatores de risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

Tabela 2 – Tabela 02. Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco cardiovascular no hipertenso

Fator de risco	Indicador/ Classificação
Idade	- Homens 55 anos - Mulheres 65 anos
História de DCV prematura em parentes de 1º grau	- Homens < 55 anos - Mulheres < 65 anos
Tabagismo	- Presente
Dislipidemia	- Colesterol total > 190 mg/dL e/ou - LDL > 115 mg/dL e/ou - HDL < 40 mg/dL nos homens ou <46 mg/dL nas mulheres e/ou - Triglicerídeos > 150 mg/dL
Resistência à insulina	- Glicemia de jejum: 100-125 mg/dL - TOTG: 140-199 mg/dL em 2 horas - HbA1c: 5,7-6,4%
Obesidade	- IMC 30 kg/m ² - CA 102 cm nos homens ou 88 cm nas mulheres

Tabela 3 – Tabela 03. Doença CV e renal estabelecida para avaliação do risco adicional no hipertenso

<p>Doença cerebrovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> - AVE isquêmico - Hemorragia cerebral - Ataque isquêmico transitório
<p>Doença da artéria coronária</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angina estável ou instável - Infarto do miocárdio - Revascularização do miocárdio - Insuficiência cardíaca <p>- Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores</p> <p>- Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e < 30 mL/min/1,73m²) ou albuminúria > 300 mg/24h</p>
<p>Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema</p>

participarão do Hiperdia semestralmente, médio risco a cada 04 meses e alto risco a cada 03 meses, sempre de acordo com a sua microárea. Os encontros do Hiperdia serão semanais (quinta feira) e, a cada semana, haverá a reunião dos pacientes de acordo com sua classificação de risco e de sua microárea. Todas as etapas deste projeto serão realizadas na Unidade de Saúde e, tem-se a intenção de que a cada semana haja a abordagem de um tema de educação em saúde antes do início das consultas.

5 Resultados Esperados

Com este projeto de intervenção espera-se que se conheça melhor os indivíduos hipertensos e/ou diabéticos de cada microárea e seja alcançada uma organização do calendário anual dos grupos de Hipertensão, de forma que os pacientes saiam de uma consulta já com seu retorno agendado de acordo com a sua classificação de risco. Haverá, de tal maneira, a possibilidade de acompanhamento periódico dos indivíduos, com os ajustes medicamentosos necessários, bem como a solicitação de exames complementares a fim de medir os controles pressórico e glicêmico, e rastrear complicações evitáveis, reduzindo morbimortalidade.

Desta forma, será possível que haja aumento da adesão destes pacientes às atividades educativas realizadas pela equipe de saúde, e aos tratamentos (farmacológicos ou não farmacológicos) propostos para controle de suas doenças crônicas e prevenção de suas possíveis complicações.

Referências

- FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na atenção básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde debate*, p. 265–278, 2014. Citado na página 13.
- GROSS, J. L. et al. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia*, p. 16–26, 2002. Citado na página 14.
- IBGE. *Panorama do município Cachoeiro de Itapemirim*. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/cachoeiro-de-itapemirim/panorama>>. Acesso em: 27 Mai. 2020. Citado na página 9.
- LUNA, R. L. Aspectos históricos da hipertensão no Brasil. *HiperAtivo*, p. 6–9, 1999. Citado na página 13.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL *www.arquivosonline.com.br Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, N° 3, Supl. 3, Setembro 2016*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016. Citado na página 13.
- MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na estratégia de saúde da família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 1383–1388, 2011. Citado na página 13.
- PRÉCOMA, D. B. et al. *Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019. Citado na página 13.
- SBD. *DIRETRIZES Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*. 2019. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 24 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- SBD. *O que é diabetes?* 2020. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque-e-diabetes>>. Acesso em: 20 Jul. 2020. Citado na página 14.
- SBEM. *A História do Diabetes*. 2014. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/historia-do-diabetes/>>. Acesso em: 30 Jul. 2020. Citado na página 14.
- SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, p. 180–189, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- TABNET. *Dados do município de Cachoeiro de Itapemirim*. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 27 Mai. 2020. Citado na página 9.

TABNET. *HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos*. 2020. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060304>>. Acesso em: 20 Jul. 2020. Citado na página 14.

VIGITEL. *Vigitel brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados*. MS, Brasília, n. 1, 2018. Citado na página 13.