

# ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE FORTALEZA-CEARÁ

RISK STRATIFICATION OF HYPERTENSIVE AND DIABETICS AT PRIMARY ATTENTION UNIT FORTALEZA-CEARÁ

Relato de Experiência

Keylla Márcia Menezes de Souza<sup>1</sup>  
Francisco Antonio da Cruz Mendonça<sup>2</sup>

## RESUMO

Objetivou-se relatar a experiência de implantação da Estratificação de Risco de Hipertensos e Diabéticos em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde de Fortaleza-Ceará. Trata-se de um estudo descritivo sobre a implantação da estratificação de risco de hipertensos e diabéticos vivenciada na Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho. Foram utilizados instrumentos para estratificação de risco em baixo risco, médio risco, alto risco e muito alto risco por profissionais de saúde. Os resultados mostraram maior número de diabéticos estratificados (88,3%) com alto e muito alto risco comparado aos hipertensos estratificados (59,8%). Evidenciou-se que os usuários diabéticos tem uma dificuldade maior em aderir ao tratamento. Faz-se necessário que profissionais de saúde, gestores e usuários estejam envolvidos na prevenção das doenças cardiovasculares para evitar as principais complicações de morbimortalidade do nosso país.

**Palavras-chave:** Hipertensão; Diabetes Mellitus; Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The objective of this study was to report the experience of the implementation of Hypertension and Diabetic Risk Stratification in a Primary Health Care Unit in Fortaleza-Ceará. This is a descriptive study about the implementation of the risk stratification of hypertensive and diabetic patients at the Primary Care Unit Benedito Artur de Carvalho. Risk stratification instruments were used in low risk, medium risk, high risk and very high risk by health professionals. The results showed a higher number of stratified diabetic patients (88.3%) with high and very high risk compared to stratified hypertensive patients (59.8%). It has been shown that diabetic users have a greater difficulty in adhering to treatment. It is necessary that health professionals, managers and users are involved in the prevention of cardiovascular diseases to avoid the main complications of morbidity and mortality in our country.

**Keywords:** Hypertension; Diabetes Mellitus; Cardiovascular diseases; Risk Factors; Primary Health Care.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Saúde Coletiva pela AA UECE/UFC/UNIFOR. Professora da Graduação em Medicina do Centro Universitário Christus. Gestora da Unidade de Atenção Primária à Saúde Benedito Artur de Carvalho. E-mail: keyllanurse@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutorando em Saúde Coletiva pela AA UECE/UFC/UNIFOR. Professor da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará (ESTÁCIO FIC).

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam no Brasil, uma das causas mais relevantes de mortalidade, no qual 30% dessas doenças são motivos de internações no Sistema Único de Saúde. As principais patologias de risco cardiovasculares são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), nos quais alcançam cerca de 20% da população acima de 70 anos<sup>(1,2)</sup>.

A primeira causa de óbito em Fortaleza atribui-se as doenças cardiovasculares, com coeficiente de mortalidade de 129/100.000 habitantes, em 2011, sendo consideradas as pessoas com 60 ou mais anos de idade as de maior risco de complicações e morte. Principalmente, aquelas acometidas por HAS e DM, consideradas as condições crônicas mais prevalentes na população mundial<sup>(3,4)</sup>.

Assim, é de fundamental importância relatar experiências da organização das Redes de Atenção a Saúde (RAS), principalmente a Rede de Atenção Primária a Saúde (RAPS) como ordenadora do cuidado tanto das condições agudas como das condições crônicas. Faz-se necessário trabalhar a qualidade da atenção do cuidado, organizar as práticas de saúde e proporcionar o acesso aos serviços necessários para cada usuário do sistema de saúde na perspectiva da integralidade<sup>(2,4)</sup>.

Nesse contexto, o município de Fortaleza-Ceará em 2015, buscando organizar a RAPS, iniciou o processo de implantação das diretrizes clínicas para hipertensão e diabetes que propõe em um dos seus objetivos o acompanhamento dos usuários, de acordo com a Estratificação de Risco (ER) e participação de uma equipe multiprofissional. Essa nova forma de trabalhar as condições crônicas proporcionou a organização da demanda, melhoria do fluxo do usuário na Unidade de Atenção Primária (APS) e a melhoria do acesso em toda RAS, como também otimização do tempo de atendimento e os custos em saúde<sup>(4)</sup>.

A Estratificação de Risco dos usuários hipertensos e diabéticos é composta por aqueles de baixo risco, médio risco, alto risco e muito alto risco. O usuário será estratificado no primeiro atendimento, em que irá seguir uma conduta terapêutica, uma avaliação na consulta subsequente devendo ser estratificado novamente haja vista a possibilidade do mesmo mudar de nível de risco. De acordo com a Estratificação de Risco, o usuário será periodicamente agendado para retorno com o médico, enfermeiro, dentista, e profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), também participará de grupos operativos<sup>(4,5)</sup>.

A prescrição de fármacos após Estratificação de Risco é recomendada para os usuários com Estágios II e III (independente do risco), ou Estágio I de alto e muito alto risco. Para aqueles estratificados de baixo e médio risco com níveis pressóricos do Estágio I devem permanecer em tratamento não farmacológico por três a seis meses e em seguida reavaliado pelo profissional de saúde<sup>(4)</sup>.

Diante do contexto e da organização do processo de trabalho descrito, o objetivo do presente estudo é relatar a experiência de implantação da Estratificação de Risco de Hipertensos e Diabéticos em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde de Fortaleza-Ceará.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo sobre a implantação da estratificação de risco de hipertensos e diabéticos vivenciada no processo de trabalho da Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho pertencente à Coordenadoria Regional II (CORES II) do município de Fortaleza-Ceará, no período de novembro e dezembro de 2015.

O cenário desse estudo contemplou os seguintes bairros: Luciano Cavalcante, Salinas e Guararapes. A população total é de 26.533 habitantes. A Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho possui quatro equipes da ESF, duas equipes de saúde bucal, duas pediatras e uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Os atores envolvidos foram: gestor local, técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, tutores e articuladores da CORES II, profissionais da Estratégia Saúde da Família e usuários.

A Prefeitura Municipal de Fortaleza com intuito de fortalecer a atenção primária, adotou o modelo das condições crônicas e atenção às condições agudas. Para isso, vários processos de organização do serviço foram disparados, com estratégias de implantação de macro e microprocessos básicos<sup>(5)</sup>.

São considerados macroprocessos básicos para o funcionamento da RAPS: Territorialização, Cadastramento das famílias da área de abrangência da UAPS, Classificação de risco das famílias, Diagnóstico Local, Planejamento da Infraestrutura Física e de Recursos Humanos, Estratificação de Risco das Condições Crônicas, Acolhimento com classificação de risco, Programação das atividades da ESF, Monitoramento das ações, Construção das agendas por profissionais da ESF e Contratualização com os profissionais sobre ações e metas a serem alcançadas<sup>(6)</sup>.

A implantação desse processo de trabalho iniciou em unidades denominadas "laboratório", no qual a Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho faz parte, sendo pioneira no processo da estratificação de risco das condições crônicas para HAS e DM.

O gestor local, os profissionais de saúde, tutores e técnicos da SMS reuniram-se e discutiram as estratégias para realizar o maior número possível de estratificações de risco dos usuários pertencentes às áreas cobertas pela ESF. Sendo assim, foi proposto metas, organizou-se monitoramento diário das ações e realizou-se a aplicação da estratificação de risco durante os atendimentos dos profissionais de saúde.

Para a execução das ações de implantação da estratificação de risco para usuários com HAS e DM, utilizou-se a matriz de processo de gerenciamento como ferramenta de orientação, apoio e monitoramento de estratégias pontuadas para o alcance dos objetivos.

Foram utilizados para aplicação das estratificações, os instrumentos propostos nas diretrizes clínicas para HAS e DM implantados em Fortaleza neste mesmo ano: a Ficha de avaliação de pacientes com diabetes e/ou hipertensão para estratificação de risco, estratificação de risco cardiovascular global de HAS e Classificação de Pressão Arterial, estratificação de risco do paciente diabético e parametrização de avaliações de

acordo com a estratificação de risco baixo, médio, alto e muito alto conforme avaliações por profissionais médico, enfermeiro, nutricionista, odontólogo e grupos operativos.

Tais instrumentos permitiram estratificar o risco em baixo, médio, alto e muito alto na primeira avaliação do indivíduo com HAS e DM, sendo ferramenta útil para tomada de decisão da terapia a ser indicada, como também para a avaliação do prognóstico e parametrização do acompanhamento pela equipe multiprofissional conforme os critérios clínicos<sup>(4,7)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação da estratificação de risco perpassou por três momentos. No primeiro momento, discutiu-se a proposta da estratificação de risco: critérios, prescrições, condutas e agendamentos. Traçou-se a estratificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos. Realizou-se o planejamento das ações, no qual foi utilizada uma matriz de gerenciamento de processo que constava da descrição de cinco estratégias, como cada ação iria ocorrer, quem iria executar e determinamos o prazo para realização de cada atividade. Iniciou-se com um processo de nivelamento, buscou conhecer e se apropriar das diretrizes clínicas, que englobam a ficha de estratificação, os quadros com os critérios estabelecidos, prescrições e condutas frente a estratificação de cada usuário.

No segundo momento, conheceu-se os hipertensos e diabéticos por área da equipe da ESF e microárea de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) para o cálculo estimado de hipertensos e diabéticos. Confeccionou-se uma lista com nome e endereço para facilitar a busca ativa dos usuários, com o objetivo de organizar essa demanda o ACS entregava a cada usuário convocado para consulta na Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho um convite com nome do profissional, dia e horário de atendimento previamente agendados. Traçou-se uma meta para estratificar pelo menos 40% dos hipertensos e diabéticos.

No terceiro momento, realizou-se a estratificação de risco com a organização da agenda dos profissionais destinando dez atendimentos para cada profissional médico e enfermeiro. Dessa forma, os ACS encaminhavam os usuários para as equipes de vinculação. Realizou-se a aplicação do instrumento de estratificação, para esse momento houve a necessidade de criar kits contendo: a ficha de estratificação, quadro com os critérios para estratificar e lista de medicamentos de primeira escolha. Fez-se necessário, ainda, organizar o fluxo dos usuários na Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho, tanto para aqueles encaminhados pelos ACS como para os que circulavam na unidade.

Para isso, todos os funcionários foram orientados a captar os usuários questionando a condição de saúde e encaminhando para o atendimento. Além das equipes de ESF, designou-se um enfermeiro para a referência e realização de consulta. Os profissionais da sala de procedimentos foram orientados a realizar a verificação de sinais vitais, peso, altura, circunferência abdominal, glicemia em jejum ou pós prandial dependendo do

horário de atendimento a todos os usuários hipertensos e diabéticos para que entrassem na consulta com todos os parâmetros aferidos. Para que todos tivessem acesso, identificou-se os hipertensos e diabéticos acamados para a realização da estratificação de risco em domicílio.

Por fim, realizou-se o monitoramento das estratificações realizadas, organizou-se as pastas específicas por equipe e microárea, todos os usuários foram separados por estrato (baixo, médio, alto e muito alto risco), pois para cada estrato existe uma conduta e plano de cuidados diferenciados.

A população de referência da Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho trabalhada foi 4.621 habitantes. Quanto aos hipertensos, a população estimada foi 924. Em nosso estudo, conseguiu-se cadastrar 594 (64,2%) da população estimada e realizar a estratificação de risco de 556 (93,6%) dos hipertensos cadastrados, ou seja, acompanhados pela equipes da Estratégia Saúde da Família. Verificou-se que mais da metade dos pacientes hipertensos, apresentou alto risco 220 (39,5%) e muito alto risco 113 (20,3%).

Em pesquisa realizada com pacientes atendidos em uma unidade de saúde da família de Maceió-AL, sobre a estratificação do risco cardiovascular global, observou-se que pouco mais da metade (59,05%) dos pacientes apresentaram baixo risco cardiovascular. Enquanto que a prevalência de fatores de risco potencialmente controláveis como hipertensão, alterações da glicemia de jejum, sedentarismo e dislipidemias mostrou-se elevada<sup>(8)</sup>.

Para pacientes hipertensos, o estrato de Baixo risco adicional, classifica-se como ausência de fatores de risco e de lesão em órgão-alvo em níveis de pressão arterial normal ou até hipertensão estágio 1; no Moderado risco adicional, observa-se a presença de um a dois fatores de risco sem lesão em órgão-alvo com pressão arterial variando entre normal até hipertensão estágios um a dois; no Alto risco adicional, nota-se a presença de três ou mais fatores de risco, lesão de órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente detectável com pressão arterial variando entre normal a hipertensão estágio dois; no Risco adicional muito alto estão presentes um ou mais fatores de risco com ou sem lesões de órgãos-alvo com níveis da pressão que podem variar de normal até hipertensão no terceiro estágio, desde que haja doença clínica associada<sup>(9)</sup>.

Em relação aos diabéticos, a nossa população estimada foi de 337 (7,3%). Foram cadastradas 223 (66%) e estratificadas 269 (120%), essa última informação chamou atenção, pois foi justificada pelo fato de termos áreas descobertas pelas equipes de ESF e por termos criado estratégias dentro da unidade para abordar todo paciente na recepção da unidade de atenção primária questionando-se os mesmos eram hipertensos e/ou diabéticos, caso sim foram encaminhados para o atendimento com um profissional para estratificação. Verificou-se que a grande maioria dos pacientes diabéticos, apresentou alto risco 150 (56%) e 87 (32%) (Quadro1).

**Quadro 1.** Estratificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho de Fortaleza-CE, Brasil, 2015.

ESTRATIFICAÇÃO HIPERTENSO				ESTRATIFICAÇÃO DIABÉTICOS			
Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco	Muito Alto Risco	Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco	Muito Alto Risco
38 (7%)	185 (33,2%)	220 (39,5%)	113 (20,3%)	15 (5,6%)	17 (6,4%)	150 (56%)	87 (32%)

Em estudo<sup>(10)</sup> realizado com a estimativa da prevalência de diabetes mellitus e de outros fatores de risco cardiovascular na população adulta espanhola, observou-se que prevalência de hipertensão na Espanha é alta e muitos pacientes hipertensos ainda não são diagnosticados, embora o tratamento de drogas é comum, não melhora o grau de controle, da patologia.

No trabalho sobre as ações realizadas no âmbito do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, de 2011 a 2015, verificou-se que nas metas de redução de mortalidade e fatores de risco, ações de estímulo à alimentação adequada, atividade física, promoção da saúde por meio do Programa Academia da Saúde, ambientes livres do tabaco e distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, bem como a organização da rede de atendimento de urgências para doenças cardiovasculares<sup>(11)</sup>.

Os usuários hipertensos e diabéticos seguem apresentado por estrato no quadro 2. Outro fato relevante foi o maior número de diabéticos estratificados (88,3%) com alto e muito alto risco comparado aos hipertensos estratificado (59,8%), o que nos mostra que os usuários diabéticos tem uma dificuldade maior em aderir ao tratamento, representado por um alto número de usuários descompensados.

**Quadro 2.** Estratificação de risco dos usuários com hipertensos/diabéticos da Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho de Fortaleza-CE, Brasil, 2015.

ESTRATIFICAÇÃO HIPERTENSOS/DIABÉTICOS			
Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco	Muito Alto Risco
9 (4,6%)	14 (7,1%)	104 (53,3%)	68 (35%)

No entanto, existem algumas barreiras e/ou dificuldades para a implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial, conforme demonstra o estudo de Silva<sup>12</sup> em Maringá-PR, tais como: equipamentos de trabalho; falta de materiais educativos; capacitação dos recursos humanos; inclusão da família no plano de cuidados; transporte para atividades externas; determinação da terapêutica a partir da classificação do risco e referenciação do paciente para médicos e/ou exames especializados.

Observa-se a limitação de estudos abordando essa temática e faz-se importante estudos abordando a estratificação de risco para as doenças cardiovasculares, pois a hipertensão está associada a 40% dos casos de Infarto Agudo de Miocárdio e estes dois agravos se constituem a principal causa de mortalidade entre 30 e 69 anos (65%), atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Com frequência acarretam a invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o usuário, a família e sociedade<sup>(13)</sup>.

Em pesquisa realizada sobre a associação entre fatores de risco cardiovasculares e Infarto Agudo de Miocárdio com usuários da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-Ceará a partir das fichas de cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus (HIPERDIA), demonstra a necessidade de oferecer aos usuários orientações de cunho educativo e de reforçar a importância da adesão à terapêutica recomendada, principalmente no que concerne à mudança no estilo de vida. Os profissionais de saúde devem estar atentos para este ocorrido, uma vez que a associação da HAS, do DM e das complicações cardiovasculares intensifica o risco cardiovascular global<sup>(14)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da implantação da Estratificação de Risco de Hipertensos e Diabéticos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, verificou-se a estratificação de risco de 93,6% dos hipertensos. Para os diabéticos, foram estratificados 120%, tal fato deve-se a unidade de saúde possuir áreas descobertas pelas equipes de ESF. Os usuários diabéticos têm uma dificuldade maior em aderir ao tratamento farmacológico e não-farmacológico quando comparados com os pacientes hipertensos na estratificação alto risco e muito alto risco.

Esses achados demonstram a importância de estratificar o risco cardiovascular para o levantamento da prevalência de fatores de risco na população adscrita. Essa experiência permite melhorar o direcionamento na tomada de decisão das intervenções para evitar complicação dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Os profissionais de saúde, gestores e usuários devem ser envolvidos na prevenção das doenças cardiovasculares para evitar as principais complicações de morbimortalidade do nosso país. Faz-se necessário promover campanhas de prevenção da hipertensão e diabéticos, planejamento e a implementação de políticas públicas com enfoque para promoção da saúde, que difundam a importância de um estilo de vida saudável, especialmente para crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS

---

1. Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(2): 158-71.
2. Moura FM, Silva MCG, Carnut L. Política de Atenção Cardiovascular no âmbito do Sistema Único de Saúde: breves comentários sobre a literatura científica nacional indexada disponível. *J Manag Prim Health Care* 2011; 2(1):30-3.
3. Oliveira JEP, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.
4. Fortaleza. Diretrizes clínicas: Hipertensão Arterial. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza; 2015. 73 p.
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.
6. Mendes EV. O ajuste entre demanda e oferta na atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Mimeo; 2013.
7. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. *Rev. Soc. Bras. Hipertens.* 2010; 17(1):12-57.
8. Sampaio MR, Melo MBO, Wanderley MSA. Estratificação do risco cardiovascular global em pacientes atendidos numa unidade de saúde da família (USF) de Maceió, Alagoas. *Rev Bras Cardiol.* 2010; 1(1):51-60.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2010; 17(1):4-64.
10. Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69(6): 572-8.
11. Malta, DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016; 25(2): 373-90.
12. Silva RLDT, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(1): 79-87.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Florencio RS, Mendonca FAC, Moreira TMM, Oliveira ASS, Santos JC, Felipe GF et al. Fatores de risco e complicações cardiovasculares associados a pessoas acometidas por infarto do miocárdio. In: Moreira TMM, Silva MGCHipertensão Arterial - nós críticos, epidemiologia e condições clínicas associadas. Fortaleza: EdUECE; 2013. p. 213-20.

---

Recebido em: 10.11.2016

Aprovado em: 20.11.2016