



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

KATIANE FIGUEIREDO

**LINHA DE CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS: UMA PROPOSTA PARA
UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

**CRICIÚMA
2023**

KATIANE FIGUEIREDO

**LINHA DE CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS: UMA PROPOSTA PARA
UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Lisiane Tuon

**CRICIÚMA
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

F4751 Figueiredo, Katiane.

Linha de cuidado às doenças crônicas : uma proposta para um município do extremo sul catarinense / Katiane Figueiredo. - 2023.
127 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2023.
Orientação: Lisiane Tuon.

1. Doenças crônicas - Criciúma (SC). 2. Doenças crônicas - Política pública - Criciúma (SC). 3. Promoção da saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Política de saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 616.044

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

KATIANE FIGUEIREDO

**LINHA DE CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS: UMA PROPOSTA PARA
UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Gestão do Cuidado e Educação em Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional], da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 25 de julho de 2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Lisiane Tuon
Doutora – Orientadora
Presidente

Prof. Fabio Rosa Silva
Doutor – UNESC
Membro externo

Profa. Susana Cararo Confortin
Doutora – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Dedico este trabalho aos meus colegas, servidores da Rede Municipal de Saúde de Criciúma, que venha contribuir e aprimorar o nosso processo de trabalho, fortalecendo ainda mais os serviços de saúde em nosso município.

Juntos, enfrentamos desafios e buscamos soluções, sempre colocando o bem-estar dos pacientes em primeiro lugar.

Agradeço a parceria, o apoio e a troca de conhecimentos compartilhados até aqui.

Que este trabalho seja mais um passo em direção à excelência dos serviços de saúde, beneficiando não apenas os profissionais, mas também toda a população de Criciúma.

Juntos, podemos alcançar resultados ainda mais significativos e fazer a diferença na vida das pessoas.

Sigamos unidos e comprometidos com a missão de cuidar da saúde de nossa comunidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me conceder força, sabedoria e inspiração ao longo dessa jornada, fundamentais para enfrentar os desafios e superar as dificuldades que surgiram ao longo do caminho.

À minha família, expresso meu amor e gratidão incondicionais, vocês foram essenciais para minha dedicação e persistência ao longo desse trabalho. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, encorajando-me e fazendo acreditar que seria possível chegar até aqui.

Aos meus colegas, agradeço pela colaboração e incentivo. Nossa troca de conhecimento e experiências enriqueceu o processo de pesquisa, sou grata pela oportunidade de trabalhar num ambiente capaz de proporcionar tantos desafios, batalhas e vitórias.

Agradeço em especial a Nossa UNESC e a Professora Dra. Lisiane Tuon. Sua orientação, sabedoria e apoio foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo. Agradeço ainda, pela oportunidade de aprender, compartilhar conhecimentos e fazer parte dessa grande universidade.

Quero agradecer a todos os pesquisadores apoiadores, cujas contribuições foram essenciais para o sucesso deste estudo. Seu envolvimento, feedback e sugestões foram inestimáveis e ajudaram a aprimorar a qualidade e a relevância da pesquisa.

Em suma, sou grata a todos que de alguma forma estiveram envolvidos nessa jornada, que nossos esforços possam trazer contribuições valiosas para a área de pesquisa, proporcionando a melhoria da saúde coletiva de nosso município.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias.”

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: As doenças crônicas têm aparecido, nos cenários mundial e nacional, como responsáveis pelo aumento massivo nos perfis de mortalidade e incapacidades funcionais, provocado por inúmeros fatores. Para enfrentar de forma eficaz a carga das doenças crônicas, são necessárias colaborações entre o sistema de saúde e o campo acadêmico vinculado à saúde pública, para empacotar estratégias e intervenções, abordar combinações de fatores e condições de risco, criar mudanças em toda a população, ajudar os subgrupos populacionais mais afetados e garantir a implementação de medidas por muitos setores. **Objetivo geral:** construção de uma linha de cuidado para as condições crônicas no município de Criciúma – SC. **Métodos:** Processo e produto não patenteável, onde o cenário de construção do produto, foram as Unidades Básicas de Saúde dos distritos Rio Maina, Santa Luzia e do Centro da cidade de Criciúma-SC. O trabalho foi desenvolvido mediante o levantamento de informações acerca do número de pacientes que apresentam Diabetes e Hipertensão nos distritos de saúde e grupos focais com os gerentes da Atenção Primária à Saúde (APS) para o levantamento de demandas. **Resultados:** Após o levantamento de informações, foi realizado a caracterização da amostra populacional, e identificado a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), como as condições crônicas que apresentam maior prevalência na região do estudo. Baseando-se nas Linhas de Cuidado do Estado de Santa Catarina foram concebidas duas Linhas de Cuidado para o Município de Criciúma, voltadas à Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica. no grupo focal, foi Nas Linhas de Cuidado são contemplados métodos de estratificação de risco e de prioridade de atendimento voltados à população com diagnóstico de tais patologias. Além disso, é concebido o fluxo assistencial na rede, assim como, os procedimentos utilizados, lista de medicamentos, número de consultas, estruturação de grupos operacionais e do cuidado multiprofissional, e por fim o papel de cada profissional da equipe. **Considerações finais:** O produto apresentado propôs um novo modelo de atenção à saúde das pessoas com DM e HAS no município de Criciúma, através a criação de uma linha de cuidado, que contribuirá para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde da atenção. Compreende-se que durante o processo de construção a linha de cuidado foi progressivamente alterada, mudando a estrutura proposta pelo estado de Santa Catarina, contemplando a realidade territorial e adequando-se as demandas do próprio município através da pactuação com os gerentes da APS.

Palavras-chaves: Sistema de Saúde. Doenças Crônicas. Atenção Primária em Saúde. Políticas de saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Chronic diseases have appeared, in the world and national scenarios, as responsible for the massive increase in the profiles of mortality and functional disabilities, caused by numerous factors. To effectively address the burden of chronic disease, collaborations between the health system and public health academia are needed to package strategies and interventions, address combinations of risk factors and conditions, create population-wide change, help the most affected population subgroups and ensure the implementation of measures by many sectors. **General objective:** construction of a line of care for chronic conditions in the city of Criciúma - SC. **Methods:** Non-patentable process and product, where the product construction scenario were the Basic Health Units of the Rio Maina, Santa Luzia and the Center of the city of Criciúma-SC. The work was developed by collecting information about the number of patients with Diabetes and Hypertension in the health districts and focus groups with Primary Health Care (PHC) managers to survey demands. **Results:** After collecting information, the characterization of the population sample was carried out, and Diabetes Mellitus (DM) and Systemic Arterial Hypertension (SAH) were identified as the chronic conditions with the highest prevalence in the study region. Based on the Care Lines of the State of Santa Catarina, two Care Lines were designed for the Municipality of Criciúma, focused on Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension. The Lines of Care contemplate methods of risk stratification and priority of care aimed at the population diagnosed with such pathologies. In addition, the care flow in the network is conceived, as well as the procedures used, list of medications, number of consultations, structuring of operational groups and multidisciplinary care, and finally the role of each professional on the team. **Final considerations:** The product presented proposed a new model of health care for people with DM and SAH in the city of Criciúma, through the creation of a line of care, which will contribute to expanding the population's access to health care services. It is understood that during the construction process, the line of care was progressively changed, changing the structure proposed by the state of Santa Catarina, contemplating the territorial reality and adapting to the demands of the municipality itself through the agreement with the PHC managers.

Key words: Health Systems. Chronic Diseases. Primary Health Care. Health Policy. Health Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-----	66
Figura 2-----	79
Figura 3-----	98
Figura 4-----	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Unidades Básicas de Saúde por Distrito-----	31
Tabela 2- Procedimentos realizados pelas UBS- Distrito Rio Maina-----	32
Tabela 3- Procedimentos realizados pelas UBS- Distrito Centro-----	33
Tabela 4- Procedimentos realizados pelas UBS- Distrito Santa Luzia-----	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Perguntas norteadoras das etapas de produção-----	41
Quadro 2- Tipos principais de DM-----	58
Quadro 3- Rastreamento DM tipo 2 (< 45 anos)-----	60
Quadro 4- Fatores de risco associados a DMG-----	61
Quadro 5- Avaliação do risco de DM tipo II-----	62
Quadro 6- Estratificação de risco de indivíduos com relação ao DM-----	63
Quadro 7- Nível de gravidade para consultas e avaliações-----	67
Quadro 8- Manejo à pessoa com DM de acordo com a classificação de risco-----	67
Quadro 9- Parâmetros de acompanhamento para pessoas com DM por atendimento----	68
Quadro 10- Relação de medicamentos do Município de Criciúma- Santa Catarina-----	69
Quadro 11- Pontos de análise para o plano de cuidado a pessoa com DM-----	80
Quadro 12- Orientações para uma alimentação adequada-----	82
Quadro 13- Classificação da PA para crianças e adolescentes-----	87
Quadro 14- Fatores de risco para HAS-----	90
Quadro 15- Estratificação dos níveis pressóricos-----	93
Quadro 16- Estratificação segundo fator de risco cardiovascular-----	94
Quadro 17- Sugestão de periodicidade de solicitação de exames-----	95
Quadro 18- Sugestão de periodicidade de consulta de acompanhamento na APS-----	96
Quadro 19- Relação de medicamentos do Município de Criciúma- Santa Catarina-----	99
Quadro 20- Aspectos relevantes para o plano de cuidado à pessoa com HAS-----	109
Quadro 21- Modificações de estilo de vida e redução aproximada da PAS-----	110
Quadro 22- Indicações das classes medicamentosas-----	113

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A- Produto-----	57
Apêndice B- TCLE-----	120

LISTA DE ANEXOS

Anexo A- Carta de Aceite-----	125
Anexo B- Lista de Presença do Primeiro Grupo Focal-----	126
Anexo C- Lista de Presença do Segundo Grupo Focal-----	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIT	Acidente Isquêmico Transitório
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BCC	Bloqueadores dos Canais de Cálcio
BRA	Bloqueador do Receptor da Angiotensina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DALY	Disability Adjusted Life Years
DA T	Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAP	Doença Arterial Periférica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabete Melittus
DMG	Diabetes Melittus Gestacional
DRC	Doença Renal Crônica
ECA	Enzima Conversora da Angiotensina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1cc	Hemoglobina Glicada
HBB	Hipertensão da Bata Branca

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HM	Hipertensão Mascarada
HVE	Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IECA	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corporal
LOA	Lesão de Órgão Alvo
NUPICS	Núcleo de Práticas Intergrativas e Complementares em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPGSCol	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SC	Santa Catarina
SISREG	Sistema Nacional de Regulação

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de filtração Glomerular
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 JUSTIFICATIVA.....	22
1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA	23
1.3 FINALIDADE DO PRODUTO	23
2 OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3 REVISÃO DE LITERATURA	25
3.2 CONDIÇÕES CRÔNICAS E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	25
3.2 ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	27
3.3 REDES DE SAÚDE E CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	29
3.4 ESTRUTURAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO 30	
4 MÉTODOS	32
4.1 TIPO DE PRODUTO	32
4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	32
4.3 PÚBLICO ALVO.....	37
4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO.....	37
4.4.1 Intervenção/Etapa 1: Levantamento das necessidades	38
4.4.2 Intervenção/Etapa 2: Recursos necessários para estruturação/elaboração do produto	38
4.4.3 Intervenção/Etapa 3: Desenvolvimento das atividades / Elaboração da proposta de produto	38
4.4.4 Intervenção/Etapa 4: Monitoramento ou Avaliação das ações	39
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
4.6.1 Riscos e benefícios	39
5 RESULTADOS	41
5.1 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO.....	41

5.1.1 Estrutura do Grupo Focal e Levantamento de Demandas do Primeiro	
Encontro	41
5.1.2 Grupo Focal para pactuação final.....	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
8 REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES.....	57
APÊNDICE A – PRODUTO.....	58
LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DM.....	58
LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).....	87
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	120
ANEXOS	124
ANEXO A – CARTA DE ACEITE	125
ANEXO B – LISTA DE PRESENÇA DO PRIMEIRO GRUPO FOCAL.....	126
ANEXO C – LISTA DE PRESENÇA DO SEGUNDO GRUPO FOCAL.....	127

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas têm aparecido, nos cenários mundial e nacional, como responsáveis pelo aumento massivo nos perfis de mortalidade e incapacidades funcionais, provocado por inúmeros fatores, que incluem urbanização, globalização econômica, medidas políticas e sociais, questões de injustiça social, bem como o envelhecimento populacional (FURTADO; NÓBREGA, 2013).

O surgimento de doenças crônicas como o desafio predominante à saúde global é indiscutível (YACH *et al.*, 2004; MURRAY *et al.*, 2012). Em seu relatório de 2010 sobre o status global dos desafios apresentados pelas doenças crônicas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) observou que as condições não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas, foram responsáveis por quase dois terços das mortes em todo o mundo (BAUER *et al.*, 2014).

No Brasil, as doenças crônicas representam a principal carga de doenças e mortes na população, constituindo-se como um importante problema de saúde pública. Em 2009, o *Disability Adjusted Life Years* (DALY), que mede simultaneamente o efeito da mortalidade e da morbidade das doenças na população, respondiam por 72% dos anos de vida perdidos (ALWAN *et al.*, 2010). Em 2012 as doenças crônicas correspondiam a quase 70% de anos de vida perdidos por incapacidade no Brasil (BOCCOLINI, 2016).

Para enfrentar de forma eficaz a carga das doenças crônicas, são necessárias colaborações entre sistemas de saúde e saúde pública para empacotar estratégias e intervenções, abordar combinações de fatores e condições de risco, criar mudanças em toda a população, ajudar os subgrupos populacionais mais afetados e garantir a implementação de medidas por muitos setores, incluindo parcerias público-privadas com o envolvimento de todas as partes interessadas (BAUER *et al.*, 2014). A epidemia de doenças crônicas resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

O manejo das Doenças Crônicas em todo mundo carece de atenção e análise. Muitos profissionais desenvolvem modelos para minimizar o impacto destas na saúde das pessoas, pois são condições multifatoriais, que impõem exigências tanto aos seus portadores como para os familiares e sistema de saúde. Os pacientes portadores de doenças crônicas precisam de apoio em sua comunidade, para manterem o melhor estado de saúde, por conseguinte, carecem de habilidades para a autogestão e a equipe de saúde

deve prover um cuidado e tratamento integrado, planejado, capaz de prever as necessidades do paciente e auxiliá-lo na detecção precoce de sinais e sintomas, antes de evoluírem a um quadro agudo de exacerbação da doença (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2010). Para que isso seja possível, os profissionais devem adquirir competências específicas e os serviços de saúde devem funcionar em rede, estruturados e organizados por meio de modelos de atenção ou modelos de cuidado, os quais consistem em sistemas lógicos de cuidado que se comunicam, articulam, e vinculam de forma ímpar as relações entre a população e suas subpopulações divididas por riscos, focos das intervenções e interferências sanitárias (FURTADO; NÓBREGA, 2013).

As evidências obtidas mostram que o campo da prevenção é um ponto fundamental a ser abordado e que precisa ser aprofundado à medida que os programas são implementados e avaliados em cada contexto específico. Programas bem-sucedidos são aqueles que adotam um modelo multidimensional e incorporam diversos níveis de ação, como políticas nacionais, ações comunitárias e melhoria do acesso aos serviços de saúde e aumento da resolubilidade (MACHADO, 2006).

1.1 JUSTIFICATIVA

O Brasil vem enfrentando nos últimos tempos uma transição demográfica, onde as doenças crônicas juntamente com as doenças infecciosas e de causas externas, formam o que se chama de tripla carga de doenças. Esse cenário é composto por uma população que vem cada vez mais envelhecendo, e devido à falta de cuidados com a saúde, a idade traz, muitas vezes, uma série de comorbidades, e um envelhecimento não saudável. Em 2019, foram registrados 738.371 óbitos por doenças crônicas no Brasil, sendo também, uma das maiores causas de incapacidades, se tornando assim, um grande problema de saúde pública no país.

A partir do exposto acima, nota-se a importância dessa temática, principalmente devido a rápida ascensão dessas doenças, e ao atual cenário do país

Devido ao impacto das doenças crônicas e a necessidade de tratamentos e acompanhamento por longos períodos de tempo, ou até mesmo por toda a vida, as mesmas requerem uma nova abordagem, dessa maneira, justifica-se a elaboração e criação de um produto, voltado para as necessidades da população, mediante as doenças crônicas. O produto estruturado irá propor um novo modelo de atenção, focado em aumentar o acesso da população aos serviços de saúde da atenção primária e o vínculo entre usuário e equipe,

promovendo uma linha de cuidado, através da atenção integral, visando acolher as pessoas com doenças crônicas, ofertando um cuidado contínuo e garantindo que o fluxo assistencial seja efetivado de forma ordenada e igualitária por todos os profissionais da APS, mesmo que respeitando as particularidades de cada território. Espera-se, que através deste produto, tenha-se mudanças no cenário atual, e uma melhora na qualidade de vida da população.

1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

Devido a atual transição demográfica acelerada e uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças no país, como diminuir a incidência e realizar o controle de agravos das doenças crônicas na população de um Município localizado no Extremo Sul Catarinense?

1.3 FINALIDADE DO PRODUTO

Criação de uma Política Pública abrangente, com foco na prevenção de agravos e promoção da saúde, voltada às doenças crônicas que configuram um grande problema de saúde pública em nosso país. A política tem o intuito de agilizar o fluxo de encaminhamentos na rede, e utilizar efetivamente os recursos públicos conforme as demandas dos territórios.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Construir uma linha de cuidado para as condições crônicas no município de Criciúma - SC;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características e perfil dos distritos sanitários de Rio Maina, Santa Luzia e do Centro de Criciúma - SC;
- Aprovar e implantar uma linha de cuidado voltada às condições crônicas nos sanitários de Rio Maina, Santa Luzia e do Centro de Criciúma - SC município de Criciúma – SC.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.2 CONDIÇÕES CRÔNICAS E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem importante problema de saúde pública, haja vista serem a principal causa de morte no mundo, além de ocasionarem mortalidade prematura, incapacidades, perda da qualidade de vida, sobrecarga no sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; MALTA; SILVA; MOURA; MORAIS, 2017) e de contribuírem para o aumento dos gastos com assistência médica e previdência social (MALTA; BERNAL; LIMA; ARAÚJO; SILVA; FREITAS; BARROS, 2017; MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007) . O aumento da morbimortalidade por essas doenças está relacionado aos efeitos da transição epidemiológica, demográfica e nutricional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) e também ao crescimento de fatores de risco modificáveis como consumo de tabaco, uso nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil, as DCNT representam a principal carga de doenças e mortes na população, constituindo-se como um importante problema de saúde pública. Em 2009, o *Disability Adjusted Life Years* (DALY), que mede simultaneamente o efeito da mortalidade e da morbidade das doenças na população, respondiam por 72% dos anos de vida perdidos (SCHRAMM; OLIVEIRA; LEITE; VALENTE; GADELHA; PORTELA; CAMPOS, 2004). Em 2012 as doenças crônicas correspondiam a quase 70% de anos de vida perdidos por incapacidade no Brasil. Essa proporção aumenta com a idade, chegando a quase 90% de todo o DALY entre os idosos de 70 anos ou mais (BOCCOLINI, 2016). Os idosos com mais de 80 anos têm maior índice de mortalidade (74%) que os com 60 a 79 anos (25%) (SCHMID; DUNCAN; AZEVEDO E SILVA; MENEZES; MONTEIRO; BARRETO; CHOR; MENEZES, 2011), acarretando em um custo econômico elevado tanto para o sistema de saúde como para a sociedade, impactando negativamente sobre o desenvolvimento dos países (FIGUEIREDO; CECCON; FIGUEIREDO, 2021).

A rápida ascensão das doenças não-transmissíveis representa um grande desafio para o setor de saúde em relação ao desenvolvimento global. Em países desenvolvidos já

se reconhecem, há décadas, as ameaças dessas doenças, sendo cada vez mais preocupante a sua predominância nos países em desenvolvimento (MACHADO, 2006).

A situação de saúde no Brasil se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças. No Brasil, o percentual de jovens de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens (BRITO, Fausto 2007).

Em 2019, foram registrados 738.371 óbitos por DCNT no Brasil. Destes, 41,8% (n=308.511) ocorreram prematuramente, ou seja, entre 30 e 69 anos de idade, perfazendo uma taxa padronizada de mortalidade de 275,5 óbitos prematuros a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2021).

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), demonstrou que na medida em que a idade avança, aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relataram ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Condições crônicas, portanto, não são o mesmo que doenças crônicas não transmissíveis. Todas as doenças crônicas são condições crônicas, contudo há outras condições crônicas como: os fatores de risco individuais biopsicológicos; as doenças transmissíveis de curso longo como o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), hanseníase e certas hepatites virais; as condições maternas e perinatais; a manutenção da saúde por ciclos de vida como puericultura, hebicultura e senicultura; as enfermidades, os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e deficiências motoras persistentes (MENDES, 2018).

Os estudos de carga de doenças demonstram que o Brasil vive uma situação de tripla carga de doenças em que se manifestam, coetaneamente, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, as causas externas e as doenças crônicas que já atingem 77% da carga total. Se considerar as outras condições crônicas podem-se estimar que em torno de 85% da carga de doenças em nosso País é de condições crônicas (MENDES, 2018).

3.2 ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Como os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, eles devem guardar uma coerência com a situação de saúde. A falta dessa coerência, nesse momento, determina a crise fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa crise é fruto do descompasso entre a velocidade com que avançam os fatores contextuais (a transição demográfica, a transição epidemiológica e a inovação e incorporação tecnológica) e a lentidão com que se movem os fatores internos que representam a capacidade adaptativa do sistema de atenção à saúde a essas mudanças (MENDES, 2012).

A solução para essa crise está em acelerar a transição do sistema de atenção à saúde por meio de reformas profundas que implantem as redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária à saúde (MENDES, 2012).

No estudo de Silva et al., (2013), os resultados evidenciam que desde a década de 1970, vários projetos de intervenção populacional foram desenvolvidos com o objetivo de promover mudanças comportamentais que reduzissem fatores de risco para doenças crônicas. Entretanto, é notória a ausência de novos projetos e estratégias de grande impacto e abrangência populacional de nível mundial para controle e enfrentamento das mesmas na atualidade.

No implante de uma organização capaz de entregar o cuidado pleno à saúde dispõem de ações transdisciplinares para atenção à saúde. Disponíveis por políticas de promoção de saúde, composições intersetoriais, com ênfase em determinantes sociais de saúde, conectando diligências de prevenção, diagnósticos e tratamento de doenças, com elevada proposta de eficácia e efetividade (SOUZA, 2012).

Nesse contexto, programas de intervenção de base comunitária que integrem promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos têm sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 1970, com o intuito de diminuir a morbidade e a

mortalidade por DCNT por meio da redução dos fatores de risco nas comunidades (SILVA et al., 2013).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011- 2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. O Plano abordou os quatro principais grupos de doenças crônicas (cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco. Com a aproximação do término do período de vigência do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil – 2011-2022, o Ministério da Saúde considerou a necessidade de elaborar um novo documento que reafirma e amplia as propostas para o enfrentamento das DCNT e para a promoção da saúde no Brasil (BRASIL, 2021).

Sabe-se que o perfil das causas de morte no Brasil tem mudado de forma importante nas últimas décadas. As transições epidemiológica e demográfica ocorrem de forma acelerada (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Com a transição demográfica, observamos o aumento progressivo na expectativa de vida, aumentando a proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. Este fenômeno provoca mudanças no perfil de morbimortalidade no Brasil. Essa mudança ocorre com grande diversidade regional em função das diferenças socioeconômicas, culturais, raciais, de acesso aos serviços de saúde, urbanização, entre outras (LEITE-CAVALCANTI et al., 2009).

Portanto, o novo Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 inicia com o panorama analítico das DCNT no País, após quase uma década de implementação das ações previstas para o período de 2011-2022. A análise reflete a importância das ações de prevenção das DCNT serem mantidas no topo das discussões, contextualizadas na determinação social do processo saúde-doença-cuidado e dirigidas à (re)organização do cuidado frente ao envelhecimento populacional e de políticas econômicas desfavoráveis à regulamentação de produtos nocivos à saúde e restritivas em relação à universalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2021).

O novo plano, também conhecido por Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), tem o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em

evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2021)

3.3 REDES DE SAÚDE E CONDIÇÕES CRÔNICAS

Desde 2003, através de um modelo chamado “Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas”, a OMS propõe ações específicas voltadas às DCNT’s (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Sabendo que, de acordo com as necessidades da população são criados sistemas de saúde específicos, é necessário a criação de estratégias nacionais voltadas a tais enfermidades, visto que elas são uma das principais causas de morte no Brasil (MALTA, DEBORAH CARVALHO et al., 2006; MENDES, 2010).

Foi definido a nível nacional que as redes de atenção à saúde (RAS) operacionalizariam a organização da assistência à saúde com construções de sistemas integrados à saúde (VIANA, ANA LUIZA D’ÁVILA et al., 2018). Assim, tais redes tornaram-se figura central no processo de territorialização do país, organizando e integralizando os serviços de saúde (VIANA, ANA LUIZA D’ÁVILA et al., 2017).

Teoricamente, a organização de tais redes ocorre em graus crescentes de acordo com suas complexidades e a população brasileira deveria ter acesso a esses diferentes níveis por meio do funcionamento efetivo de seus fluxos de atendimento (ARRUDA *et al.*, 2015). Portanto, é necessário ocorrer a formalização de processos de trabalho, sistemas de regulação integrados para que se coordene o cuidado, o que pode culminar em maior capacidade resolutiva das RAS (NAKATA et al., 2020).

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica com alta prevalência no território brasileiro, atingindo cerca de 55% da população acima dos 75 anos e 21,4% dos adultos (IBGE, 2020). Ainda assim, há carência de desenvolvimento de RAS específicas para tal condição nas diversas regiões do país (SANTOS, CLEUZIEMI MORAES DOS et al., 2017).

Por outro lado, prover acesso ao atendimento médico de rotina, associado a outras formas de promoção e prevenção de saúde nas redes de Atenção básica, reduz a disparidade de assistência que é oferecida ao paciente hipertenso. A análise da utilização e acesso aos diferentes serviços de saúde envolvidos na atenção à saúde ao hipertenso tem grande potencial para reduzir possíveis desigualdades que afetam a qualidade da assistência prestada (MALTA et al., 2015). Assim como no Brasil, em outros países que

implementam o acompanhamento da HAS desde os níveis iniciais de atendimento, encontra-se que os níveis de controle da pressão arterial de tais pacientes mantêm-se controlados quando oferecidas consultas de rotina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; ORDUÑEZ-GARCIA *et al.*, 2006).

Outrossim, mesmo com todos os mecanismos disponíveis para o acompanhamento e o tratamento da HAS, ainda há baixa proporção de pessoas que mantêm o controle ideal da pressão arterial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010). Isso ocorre, aparentemente, pela desvinculação do viés e dos cuidados integrais dos pacientes com HAS, bem como a falta de integração dos pacientes como figuras importantes no manejo de tais condições crônicas (TANAKA *et al.*, 2019; WESCHENFELDER MAGRINI; GUE MARTINI, 2012).

O diabetes é outra patologia crônica com alta prevalência no Brasil. Em 2013, a população com mais de 18 anos de idade apresentou uma taxa de diagnóstico de tal doença em 6,3% da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). O fluxo de acompanhamento desta patologia se inicia na Atenção Primária que, mesmo apresentando alguns fatores deficientes, tanto no âmbito de gestão quanto nos processos de trabalho, ainda apresenta potencial em vários segmentos, se seguidas determinadas medidas de seguimento de normas e de treinamento profissional (ASSUNÇÃO; SANTOS ID; GIGANTE, 2001; SANTOS, REBECCA SOARES DE A. F. DOS *et al.*, 2015).

3.4 ESTRUTURAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A necessidade de estratificar riscos nos atendimentos da rede pública se explica pela quantidade de pessoas que a utilizam. No ano de 2013, em cerca de 63,7% da população entre 18 a 59 anos que possuíam 11 anos, ou mais, estudos confirmam ter utilizado o serviço médico da rede (VIACAVA *et al.*, 2019). Além disso, inúmeras mudanças demonstram que o perfil de morbimortalidade atual apresenta o predomínio das DCNT's (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MORAES; SOUZA, 1996).

O impacto de tal alteração de parâmetros produz elevada morbidade e acarreta em custos tanto para a economia nacional, quanto para a família do paciente e para a previdência social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; WILSON *et al.*, 1998). Consequentemente, com o controle inadequado dos fatores intrínsecos ao

desenvolvimento dessas doenças, as taxas de ocorrência tendem a se elevar no Brasil, diferentemente do que ocorre em outros países. (LOTUFO, 1998; MARAFON et al., 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Dessa forma, é necessário quantificar e estratificar o risco de desenvolvimento de tais doenças através de mecanismos validados. Assim, duas importantes ferramentas que podem ser utilizadas consistem nos escores de FINDRISK (específico na estratificação de Diabetes Mellitus) e o Escore de Framingham, ambos levando em conta fatores de risco associados às doenças, possuindo baixo custo e auxiliando no desenvolvimento de estratégias voltadas à elas (AURICÉLIO BERNARDO CÂNDIDO *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2016).

Entretanto, a clínica do paciente é avaliada apenas no momento da aplicação de tais escores, ou seja, mesmo que no momento inicial ela seja caracterizada como baixo risco de desenvolver alguma patologia, nada impede que futuramente ele possa mudar de patamar (SAMPAIO; MELO; WANDERLEY, 2010). Porém, ainda assim a estratificação em subpopulações dos indivíduos é necessária para identificar quais são as necessidades de saúde que tais grupos necessitam, oferecendo melhor qualidade de atenção à saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além disso, as estratégias de rastreamento associadas à estratificação no âmbito da saúde primária é um importante fator para diagnóstico em pessoas assintomáticas já que é uma ferramenta efetiva e com baixo custo de implantação (RIBEIRO *et al.*, [S.d.]). Outro exemplo de monitorização de tais patologias se dá por inquéritos telefônicos já que apresentam confiabilidade e representatividade em sua implantação, sendo uma estratégia válida de entender o perfil de saúde de determinadas regiões (MONTEIRO et al., 2005).

Por fim, caracterizar os principais fatores de risco em populações podem nortear as ações de saúde, especificando o cuidado e auxiliando na implantação e no desenvolvimento de estratégias voltadas à prevenção, até mesmo, das complicações (DE SEIXAS NASCIMENTO *et al.*, 2012; DOS SANTOS NETO; SILVA BARBOSA, 2018). Assim, após o emprego da estratificação de risco, há grande oportunidade de transformação de fatores agentes sobre tais doenças, o que pode culminar em mudanças do desfecho das DCNT's (DEUS; DORNELES; AMÂNCIO, 2021).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE PRODUTO

O presente produto, caracterizado como um processo não patenteável, teve como objetivo a construção de uma política de encaminhamento para gestão do cuidado para as condições crônicas no município de Criciúma – SC, voltados ao tratamento da Hipertensão e da Diabetes na Atenção Primária à Saúde, levando em consideração critérios científicos de estratificação de risco e de prioridade de atendimento.

4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

O produto foi construído levando em consideração os dados epidemiológicos das Unidades Básicas de Saúde dos distritos Rio Maina, Santa Luzia e do Centro da cidade de Criciúma-SC. Cada um dos distritos citados acima possui um número de UBS's, onde variam o número de profissionais, conforme o número de pessoas cadastradas por unidade e suas necessidades.

No distrito Rio Maina tem-se cadastrado uma população de 29.201 usuários, e conta com o apoio de 113 profissionais, distribuídos entre 6 UBS's e 1 extensão; já no distrito da Santa Luzia tem-se cadastrado uma população de 43.390 usuários e conta com o apoio de 160 profissionais, distribuídos entre 10 UBS's; enquanto o distrito Centro possui 51.689 usuários cadastrados, e um número de 150 profissionais, distribuídos entre 9 UBS's pelo distrito.

Tabela 1- Unidades Básicas de Saúde por Distrito.

DISTRITO RIO MAINA	DISTRITO SANTA LUZIA	DISTRITO CENTRO
UBS Wosocris/Rio Maina	UBS Santa Luzia	UBS Centro
UBS Francesa	UBS São Defende	UBS Milanese
UBS Zuleima	UBS São Sebastião	UBS São Luiz

UBS Laranjinha	UBS Manaus	UBS Santa Barbara
UBS Colonia/ São Marcos	UBS Mina União	UBS Operária Nova
UBS Metropol	UBS Mineira Velha	UBS São Simão
_____	UBS Mineira Nova	UBS Maria Céu
_____	UBS Nova Esperança	UBS Mina do Mato
_____	UBS Mãe Luzia	UBS Mina do Toco
_____	UBS Belmiro	_____

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Tabela 2- Procedimentos realizados pelas UBS- Distrito Rio Maina.

DISTRITO RIO MAINA					
UBS	EXAME DO PÉ DIABÉTICO	AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	TRIAGEM / VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	GLICEMIA CAPILAR
METROPOL	3	8.144.000	938	9.050.000	1.981.000
WOSOCRIS	___	15.000.000	9.235.000	12.306.000	1.105.000
COLONIAL	___	5.006.000	628	5.569.000	485

LARANJINH A	—	4.159.000	1.371.000	4.310.000	101
VILA FRANCESA	—	795	440	3.798.000	219
VILA ZULEIMA	—	1.990.000	827	2.722.000	358

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Tabela 3- Procedimentos realizados pelas UBS- Distrito Centro.

DISTRITO CENTRO					
UBS	EXAME DO PÉ DIABÉTICO	AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	TRIAGEM / VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	GLICEMIA CAPILAR
MILANES E	2	4.695.000	2.068.000	5.990.000	552
SANTA BÁRBARA	4	6.567.000	44	8.570.000	333
CENTRO	4	21.307.000	2.356.000	25.066.000	1.037.000

MARIA CÉU	1	3.391.000	413	4.226.000	194
SÃO SIMÃO	—	3.793.000	335	5.270.000	132
SÃO LUIZ	—	3.891.000	1.078.000	20.909.000	3.466.000
MINA DO TOCO	—	5.916.000	303	7.048.000	2.946.000
OPERÁRIA NOVA	—	3.984.000	2.360.000	3.786.000	95
MINA DO MATO	—	3.827.000	1.449.000	10.485.000	1.162.000

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Tabela 4- Procedimentos realizados pelas UBS- Distrito Santa Luzia.

DISTRITO SANTA LUZIA					
UBS	EXAME DO PÉ DIABÉTICO	AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	TRIAGEM / VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	GLICEMIA CAPILAR

SANTA LUZIA	2	13.976.000	2.355.000	16.140.000	1.217.000
CIDADE MINEIRA NOVA	1	5.181.000	3.073.000	5.856.000	180
NOVA ESPERANÇ A	—	3.035.000	516	3.717.000	207
VILA BELMIRO	—	4.703.000	727	4.727.000	373
CIDADE MINEIRA VELHA	—	5.776.000	1.013.000	7.578.000	1.151.000
SÃO DEFENDE	—	9.294.000	875	8.561.000	628
MINA UNIÃO	—	2.140.000	306	4.045.000	496
SÃO SEBASTIÃ O	—	6.996.000	5.582.000	6.000.000	326

MÃE LUZIA	—	4.294.000	2.488.000	4.528.000	191
VILA MANAUS	—	3.474.000	136	3.640.000	109

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Através de dados obtidos nos sistemas vigentes do Município de Criciúma, sendo eles CELK e SISREG, pode-se observar que no distrito Rio Maina, de 29.201 mil cadastros individuais, cerca de 14% destes são usuários com doenças crônicas, enquanto no distrito Centro, de 51.689 mil cadastros individuais, cerca de 19% destes cadastros também são usuários com doenças crônicas, seguido do distrito Santa Luzia, que de 43.390 cadastros individuais, aproximadamente 14% são usuários também diagnosticados com doenças crônicas. Em todos os 3 distritos analisados a faixa etária predominante foi de 60 anos ou mais.

4.3 PÚBLICO ALVO

Usuários do Sistema Único de Saúde das Unidades Básicas de Saúde dos distritos Rio Maina, Santa Luzia e do Centro da cidade de Criciúma-SC, com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes, que possuem solicitação de encaminhamento para serviços especializados de saúde.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

O trabalho foi desenvolvido mediante o levantamento de informações sobre a equipe de saúde e dos números de usuários com Diabetes e Hipertensão dos distritos Rio Maina, Santa Luzia e do Centro da cidade de Criciúma-SC.

Após esta etapa do processo, foi construído uma proposta de linha de cuidado para Diabetes e Hipertensão. Esta proposta de linha de cuidado foi apresentada e para as equipes de cada Unidade Básica de Saúde participante da pesquisa.

4.4.1 Intervenção/Etapa 1: Levantamento das necessidades

- a) Primeiro Momento: Foi realizado o levantamento de dados sobre as equipes de saúde e sobre as condições crônicas dos distritos;
- b) Segundo Momento: Construção da Linha de Cuidado;
- c) Terceiro momento: apresentação e validação junto as equipes de saúde e com a secretaria de saúde e para os gerentes dos distritos.

4.4.2 Intervenção/Etapa 2: Recursos necessários para estruturação/elaboração do produto

O produto foi estruturado e elaborado pelo grupo de pesquisadores com colaboração da Secretaria de Saúde do Município de Criciúma. Para o planejamento de estratégias e construção do mesmo, foi utilizada a estrutura física do Núcleo de Saúde Coletiva, localizado dentro do campus da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, contando com o apoio logístico e operacional dos materiais, como computadores, softwares e internet, como também dos pesquisadores que fazem parte do núcleo. Os recursos didáticos necessários para elaboração do produto foram encontrados através das bases de dados disponíveis de forma online, além de sites oficiais do Governo Federal, e os próprios sistemas de regulação, juntamente com os prontuários eletrônicos via celk, utilizados pelo município onde foi realizado o estudo. O financiamento do estudo foi de responsabilidade dos pesquisadores.

4.4.3 Intervenção/Etapa 3: Desenvolvimento das atividades / Elaboração da proposta de produto

As ações foram realizadas considerando os momentos a seguir:

- a) **Primeiro Momento:** Logo de início, no primeiro momento, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre as condições crônicas, no país;
- b) **Segundo Momento:** Foi realizado um levantamento de dados sobre condições crônicas e sobre o quantitativo e perfil das equipes pertencente a cada unidade de saúde dos distritos participantes da pesquisa;
- c) **Terceiro Momento:** Após esses levantamentos de dados, os mesmos foram analisados e elaborada a proposta de linha de cuidado;

- d) **Quarto Momento:** Formado o Grupo focal com os profissionais da secretaria de saúde, os gerentes distritais, gerentes e equipes das UBS's distritos Rio Maina, Santa Luzia e do Centro da cidade de Criciúma-SC;
- e) **Quinto Momento:** Implantado a linha de cuidado UBS's dos distritos Rio Maina, Santa Luzia e do Centro da cidade de Criciúma-SC;

4.4.4 Intervenção/Etapa 4: Monitoramento ou Avaliação das ações

Foi proposto a Secretaria de Saúde que a linha de cuidado seja acompanhada a partir dos momentos a seguir:

- a) Primeiro momento: Foi realizado um segundo grupo focal com os profissionais da secretaria de saúde e os gerentes distritais e gerentes das UBS's dos distritos Rio Maina, Santa Luzia e do Centro da cidade de Criciúma-SC.
- b) Segundo momento: A avaliação das ações também será realizada quadrimestralmente, através dos indicadores de doenças crônicas (indicador 6 hipertensão e indicador 7 diabetes) do Previne Brasil, com estes indicadores se terá o monitoramento da situação das doenças no município em questão, analisando assim, a efetividade do produto.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da UNESC e autorização do local onde foi realizada a mesma, mediante apresentação do projeto e Carta de aceite (ANEXO A), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.6.1 Riscos e benefícios

Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos no que diz respeito às questões envolvidas na coleta de dados. Embora a chance de ocorrer alguma intercorrência fosse

muito baixa, foram adotadas medidas baseadas em literatura para padronizar a metodologia, diminuindo ainda mais os riscos. Foram adotados cuidados de biossegurança contra Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) como higienização com álcool 70%, avaliações individuais mantendo o distanciamento, respeitando o protocolo da universidade.

Destaca-se como maior benefício da pesquisa a criação e elaboração de um produto voltado às doenças crônicas, capaz de responder às necessidades da população, conforme as demandas do território.

5 RESULTADOS

5.1 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

A presente política fora pensada e estruturada a partir de uma lógica participativa dos profissionais da rede de Criciúma – SC, utilizando-se do grupo focal como metodologia de construção conjunta. Nesse sentido, cabe destacar que o grupo focal se ancora no arcabouço teórico da pesquisa-ação, que se orienta na busca da resolução de problemas e de objetos de transformação. Essa abordagem pode ser contemplada como uma estratégia de pesquisa social, permitindo maior articulação entre os pesquisadores e participantes, com a finalidade de contribuir para a possível resolução de um problema central na pesquisa (THIOLLET, 2013). O grupo focal tem o intuito de coletar informações essenciais que contemplem o problema de pesquisa, visando a comunicação participativa entre os membros do grupo, que estarão reunidos em um determinado local por um certo período de tempo, trocando experiências e conhecimentos sobre o assunto (DALL’AGNOL; MAGALHÃES; MANO, 2012). A estruturação do grupo focal tinha como objetivo a construção de uma política de encaminhamento para gestão do cuidado para as condições crônicas no município de Criciúma – SC.

A Linha de Cuidado também foi estruturada através de materiais de apoio da Secretária de Saúde do Estado, do Ministério da Saúde e de dados coletados na literatura científica. A Linha de Cuidado elaborada para o Município de Criciúma teve como material base proeminente para sua criação as Linhas de Cuidado a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) do Estado de Santa Catarina. Cabe destacar que a estrutura da Linha de Cuidado foi sendo progressivamente modificada pelos dados coletados nos grupos focais, nos quais, no primeiro momento tiveram como intuito o levantamento de demandas e adequações da Linha de Cuidado do Estado, para o Município de Criciúma, e posteriormente no segundo encontro para alinhamento e pactuação final.

5.1.1 Estrutura do Grupo Focal e Levantamento de Demandas do Primeiro Encontro

Os grupos contavam com um mediador e 3 auxiliares de pesquisa, que observaram as interações dos participantes. O mediador era responsável pela condução das

discussões, sendo indispensável sua participação na supervisão das etapas do processo grupal, exigindo destas habilidades específicas para o manejo das discussões (GONDIM, 2002; DALL'AGNOL; MAGALHÃES; MANO, 2012). O roteiro de observação dos grupos pelos auxiliares de pesquisa foi baseado na proposta de Soratto (2011) que contempla a observação participante, com intuito de apresentar itens do processo de construção grupal como: as intercorrências, os ruídos, as reações e outras observações que o auxiliar de pesquisa poderá identificar durante o grupo.

Entendendo que no grupo focal fora trabalhado com profissionais de 3(três) distritos de saúde diferentes do município de Criciúma -SC, a condução do grupo foi estruturada em 5 etapas: introdução, produção, apresentação, discussão e avaliação, adaptadas da experiência relatada por Soratto (2014). A introdução consistiu na apresentação dos participantes e do mediador, seguido da apresentação da temática a ser trabalhada e realização de uma dinâmica de aquecimento circunscrita a problemática levantada.

Na etapa de produção, os profissionais foram apresentados a 2 perguntas norteadoras sobre os desafios enfrentados na assistência a usuários que apresentam doenças crônicas, e foram separados em 3 (três) pequenos grupos por distrito, acompanhados dos auxiliares de pesquisa. Cada grupo de perguntas representou uma etapa de produção distinta, e ao ser finalizada todas as cinco etapas a partir da primeira pergunta norteadora, a segunda etapa de produção (segunda pergunta norteadora) se iniciaria. Após a etapa de produção, os participantes voltaram ao grande grupo para apresentação das demandas encontradas. A volta ao grande grupo consistiu na etapa de apresentação elencada por cada pequeno grupo, que levou posteriormente o grande grupo a etapa de discussão, na busca pela solução coletiva através do debate. O mesmo processo entre a etapa de produção, apresentação e discussão foi conduzido na segunda etapa do grupo focal, que teve como objetivo discutir as possíveis soluções as demandas. Por fim, o grupo foi finalizado com a etapa de avaliação, questionando os participantes sobre suas percepções da oficina, sugestões e considerações.

Quadro 1 – Perguntas norteadoras das etapas de produção.

1º Etapa de Produção)

Qual a percepção das equipes de saúde sobre os desafios atuais no trabalho com usuários que apresentam doenças crônicas (Diabetes Mellitus e Hipertensão)?
Quais os principais desafios que sua equipe enfrenta no seu território de atuação quanto ao trabalho com usuários que apresentam doenças crônicas? Você acredita que sua Unidade ou Distrito apresenta peculiaridades?
2º Etapa de Produção
Quais os pontos positivos e negativos na assistência aos usuários que apresentam doenças crônicas no município de Criciúma?
Quais as intervenções e métodos de trabalho possíveis que as equipes visualizam para a efetivação de uma linha de cuidado no município de Criciúma, em seu distrito e unidade?

Fonte: Autores do estudo.

A segunda oficina, referente a apresentação da linha de cuidado seguiu as mesmas etapas de condução do grupo focal, entretanto com uma mudança pontual: na etapa de produção, os grupos dos 3 (três) distritos se reuniram apenas uma vez, com intuito de avaliar a linha de cuidado proposta, e posteriormente apresentaram suas opiniões (etapa de apresentação), onde chegaram a um consenso baseado na opinião/conclusão coletiva do grupo (etapa de discussão). Importante destacar que todo o processo dos grupos focais, no que se refere ao primeiro e segundo encontro, foram gravados e acompanhados de registros fotográficos.

5.1.2 Grupo Focal para pactuação final

O segundo encontro do grupo focal ocorreu nas dependências da Prefeitura Municipal de Criciúma, mais precisamente no Salão Ouro Negro, no dia 30/05/2023, com início às 09:36hrs e término às 11:08hrs do mesmo período. O ambiente apresentava uma

estrutura ampla, com cadeiras confortáveis e com boa iluminação, climatização e acústica.

O segundo grupo focal tinha como objetivo apresentar a versão preliminar da linha de cuidado para DM e HAS no município de Criciúma - SC, construída a partir dos apontamentos e levantamento de demandas feitas pela gestão municipal de saúde e pelos gerentes dos pontos de Atenção Primária à Saúde da Rede (APS). A construção também se ancorou em dados da literatura científica e nas linhas de cuidado do estado de Santa Catarina. Para apresentação da estrutura inicial das linhas de cuidado, o esboço do material fora encaminhado anteriormente aos gerentes da APS, e no momento do encontro do grupo focal, foi apresentado a proposta através do *Canva*, uma plataforma de *design* gráfico, com as principais propostas da linha de cuidado. Cabe ressaltar que o local contava com projetor e espaço amplo para apresentação.

Foram alocados 3 (três) gravadores ao longo do salão, com intuito de captar o máximo de detalhes das discussões que ocorreriam no local. Além disso, 3 (três) auxiliares de pesquisa realizaram anotações ao longo de todo grupo, coletando dados sobre o ambiente, participação, processo de construção, intercorrências, ruídos, reações, e também dos novos apontamentos do grupo focal sobre as propostas elencadas na linha de cuidado. A organização para o segundo encontro do grupo focal visava uma discussão geral a partir do grande grupo (todos os participantes) durante a apresentação. A nova organização surgiu em virtude da experiência obtida no primeiro encontro do grupo, onde as discussões se mostraram mais fluidas e dinâmicas nesse formato. O encontro também contou com uma lista de chamada, onde consta a participação de 16 gerentes no presente grupo focal.

O processo de construção do grupo focal inicialmente ocorreu por meio de uma apresentação expositiva inicial da linha de cuidado. O grupo apresentava a presente dinâmica durante a explanação: balançavam a cabeça positivamente como assentiram com os elementos apresentados; perguntavam e discutiam entre si sobre pontos de dúvida sobre a proposta de fluxo assistencial; e expunham ao grande grupo suas sugestões e discordâncias. A forma de participação foi diferente entre alguns indivíduos, uma vez que alguns participantes tomavam a iniciativa para falar, outros complementaram as falas daqueles que iniciaram, e outros apenas assentiram ou discordavam com a cabeça e/ou poucas palavras. Logo abaixo, será exposto os principais dados, de modo sintetizado, sobre as pactuações que ocorreram no segundo grupo focal.

5.1.2.1 Síntese das Pactuações do Último Grupo Focal

O primeiro ponto de discussão do grupo foi a necessidade de alinhar a linha de cuidado à realidade do município, uma vez que os gerentes destacaram uma lógica muitas vezes verticalizada com outras instâncias do governo na estruturação do cuidado. Nesse sentido, os participantes do grupo discordaram sobre o número de consultas e avaliação de acordo com a estratificação de risco do governo do estado, destacando que em virtude do número de profissionais e usuários o município não conseguiria dar suporte a tamanha demanda assistencial.

Outro ponto de destaque durante as discussões foi a falta de equipes multiprofissionais estruturadas. Na mesma lógica, criou-se uma cultura de desvalorização de profissionais não-médicos, tendo em vista o grande número de consultas desmarcadas com estes. Os profissionais que mais faltam na APS de acordo com os gerentes seriam o farmacêutico e psicólogo. Além disso, com vias de facilitar o acesso e diminuir o número de faltas às consultas, foi colocado em pauta como sugestão a criação/ampliação de plataformas para teleassistência, não apenas para profissionais médicos, mas para os demais membros das equipes multiprofissionais.

O grupo assentiu e concordou com as propostas levantadas nos demais pontos da linha de cuidado, porém o maior ponto de discordância ao longo das discussões continuou sendo número de consultas e a periodicidade das mesmas, tanto com o profissional médico quanto enfermeiro, optando-se por diminuir a quantidade, com intuito de se adequar a realidade do município. As mudanças ocorreriam após a finalização do grupo focal, e estariam na versão final do produto, uma vez que essa foi uma das pactuações com os gerentes.

Outra pactuação foi a manutenção da proposta do primeiro grupo focal, onde foi sugerido a criação de grupos operativos distritais para DM e HAS. Os encontros contemplariam as Unidades Básicas de Saúde de cada distrito, e seria realizado em um ponto comum, com uma média de 4 (quatro) encontros por ano. As temáticas e cronogramas deverão ser estruturados a cada ano no município. Um dos objetivos é reunir um grupo maior de usuários por distrito, aumentando o engajamento e o apoio entre os participantes.

O último elemento de pactuação final foi sobre a necessidade de incluir a equipe multiprofissional no atendimento ao usuário com DM e HAS. Os participantes destacaram que embora o trabalho da equipe esteja destacado na linha de cuidado, não é possível prosseguir com o cuidado integral se não há como efetivar o trabalho na realidade, colocando como imprescindível a contratação destes profissionais. A falta de uma equipe multiprofissional ampla acaba por sobrecarregar o profissional enfermeiro e médico, engessando o trabalho na rede.

Os participantes colocaram como possíveis novas propostas para futuros trabalhos a inclusão de atividades diversificadas na APS, vinculadas às Práticas Integrativas e Complementares e atividade física, em especial de dança, tendo em vista a experiência positiva que o município teve anteriormente com grupos de zumba. Por fim, o grupo relata que para uma maior efetividade das propostas da linha de cuidado, deve-se incluir o uso das tecnologias, principalmente das mídias sociais, como suporte para a assistência e educação em saúde. Destacaram como pontos de mídias a serem usados: criação de conteúdo via mídias sociais digitais do governo municipal e secretaria de saúde; criação de canais para desenvolvimento de conteúdo digital como vídeos e documentários.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O produto apresentado propôs um novo modelo de atenção à saúde das pessoas com DM e HAS no município de Criciúma, através da criação de uma linha de cuidado, que contribuirá para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde da atenção primária e do vínculo entre usuário e equipe, visando acolher as pessoas com doenças crônicas, ofertando um cuidado contínuo e integral, e garantindo que o fluxo assistencial seja executado de forma ordenada e igualitária por todos os profissionais da APS, mesmo que respeitando as particularidades de cada território.

Para a construção do produto foi necessário a busca por literaturas que contribuíssem com a sua estruturação, mas foi imprescindível a participação dos gerentes locais das unidades de saúde dos três distritos, para que dessa forma, pudesse ser adaptado a linha de cuidado à realidade de Criciúma, sendo considerado uma das fortalezas no estudo, o estabelecimento de vínculo entre literatura e realidade, tornando o produto possível de implantação e efetivação na APS do município.

No entanto, parte desses gerentes manifestaram pouco suas opiniões com relação à proposta, alguns talvez por não terem formação na área da saúde, o que pode ser caracterizado como a maior fragilidade no estudo. Já com relação às limitações da proposta, é evidente que a falta de recursos humanos poderá prejudicar não a implantação do produto, mas a efetivação do mesmo.

O produto foi desenvolvido a partir da constatação do impacto que as doenças crônicas vêm causando no país e no mundo, representando os principais índices de morbi e mortalidade na população e um importante problema de saúde pública, impactando fortemente os serviços de saúde, em especial no SUS, estando intimamente associado à linha de pesquisa “Educação e Gestão do Trabalho na Saúde”, bem como ao campo da saúde coletiva.

Com a necessidade de chamar atenção para o tema e disseminar ainda mais as questões de prevenção às doenças crônicas, o controle e acompanhamento das mesmas, com linhas de cuidado qualificadas, não existentes até momento nos serviços de saúde do município de Criciúma, utilizando um modelo multidimensional e incorporando diversos níveis de ação, como políticas nacionais, ações comunitárias e melhoria do acesso aos serviços de saúde, este produto, contribuirá para mudanças significativas no cenário atual,

levando ao aumento da resolubilidade e conseqüentemente a melhora na qualidade de vida de toda população.

8 REFERÊNCIAS

- _____. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2019.
- ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade TT - Health care networks under the light of the complexity theory. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 19, n. 1, p. 169–173, 2015.
- ASSUNÇÃO, Maria Cecília F; SANTOS, Iná da Silva dos; GIGANTE, Denise P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 88-95, fev. 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102001000100013>.
- AURICÉLIO, José Bernardo Cândido *et al.* FINDRISK: estratificação do risco para Diabetes Mellitus na saúde coletiva. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 1–8, 2017.
- BAUER, Ursula e *et al.* Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the usa. **The Lancet**, [S.L.], v. 384, n. 9937, p. 45-52, jul. 2014. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60648-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60648-6).
- BERNARDINO JUNIOR, S. V. *et al.* Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 694–707, 2020.
- BERTOCHI, G. *et al.* PERFIL DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EM PRONTO SOCORRO HOSPITALAR / PROFILE OF USERS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND MELLITUS DIABETES ASSISTED IN A HOSPITAL EMERGENCY CARE. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 10961–10971, 2021.
- BOCCOLINI, Cristiano Siqueira. Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz**; 2016.
- BRASIL. 2014. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 11 out.22.

BRASIL. LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS. **Secretária de Estado da Saúde**. Santa Catarina, 2018.

BRASIL. LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. **Secretária de Estado da Saúde**. Santa Catarina, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília, 2021.

BRITO, Fausto. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: **CEDEPLAR/UFMG**, Texto para Discussão nº 318; 2007.

DALL'AGNOL, Clarice Maria et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 186-190, 2012.

DE SEIXAS NASCIMENTO, Elce et al. Estratificação do risco cardiovascular global em hipertensos atendidos numa unidade de saúde da família de Parnaíba, Piauí. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 287–294, 2012.

DEUS, Frances Débora Ferreira De; DORNELES, Amanda Rocha; AMÂNCIO, Natália de Fátima Gonçalves. Estratificação do risco cardiovascular em pacientes hipertensos de um município do interior de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e6981, 2021.

DOS SANTOS NETO, Cicero Gomes; SILVA BARBOSA, Maria Idalice. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 1, 2018.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; CECCON, Roger Flores; FIGUEIREDO, José Henrique Cunha. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 77-88, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>.

FREITAS, P. DA S. *et al.* Uso de serviços de saúde e de medicamentos por portadores de Hipertensão e Diabetes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2383–2392, 2018.

FURTADO, Luciana Gomes; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 1197-1204, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000400039>.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários**. Universidade Federal da Bahia: Estudos de Psicologia, 2002.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF-NETO, José. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 614–626, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil**, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE; 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. **Ibge**. [S.l.: s.n.], 2020. p. 113. Disponível em: <<http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Portaria.pdf>>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Delivering quality, serving communities nurses leading care innovations. Genebra, Suíça: **International Council of Nurses**; 2010.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**, 8th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017.

KOLCHRAIBER, F. C. *et al.* Nível de atividade física em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2105–16, 2018.

LEITE-CAVALCANTI, C. *et al.* Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

LIMA, L. R. DE *et al.* Quality of life and time since diagnosis of Diabetes Mellitus among the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 176–185, 2018.

LOTUFO, Paulo Andrade. Mortalidade Precoce por Doenças do Coração no Brasil. Comparação com Outros Países. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 70, n. 5, p. 321–325, 1998.

MACHADO, Antonia M. O. Doenças crônicas. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, [S.L.], v. 42, n. 1, fev. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1676-24442006000100001>.

MALACHIAS *et al.* 7ª **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, p. 1-103, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* A implantação do sistema de vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: Alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 4, p. 661–675, 2017.

MALTA, D.C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2019.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Health care in adults with self reported hypertension in Brazil according to the National Health Survey, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 109–122, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the national health survey in brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 1, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves da; MOURA, Lenildo de; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 661-675, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>.

MARAFON, Luiz Pedro *et al.* Preditores cardiovasculares da mortalidade em idosos longevos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 799–807, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo sistema único de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 431-436, fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>.

MENDES, Eugênio Vilaça. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. [S.l: s.n.], 2013. Disponível em: <www.saude.gov.br/doencascronicas>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. [S.l: s.n.], 2006.

MONTEIRO, Carlos Augusto *et al.* Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 47–57, 2005.

MORAES, Suzana Alves De; SOUZA, José Maria Pacheco De. Efeito dose-resposta de fatores de risco para a doença isquêmica do coração. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 471–478, 1996.

MOURA, Alda Alice Gomes de; CARVALHO, Eduardo Freese de; SILVA, Neiton José Carvalho da. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 12, n. 6, p. 1661–1672, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000600027>.

MURRAY, Christopher J L *et al.* Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. **The Lancet**, [S.L.], v. 380, n. 9859, p. 2197–2223, dez. 2012. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61689-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61689-4).

NAKATA, Liliane Cristina *et al.* Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, 2020.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19 1 million participants. **The Lancet**. 2017;389:37---55.

NOBRE, A. L. C. S. D. *et al.* Hipertensos assistidos em serviço de atenção secundária: risco cardiovascular e determinantes sociais de saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 334–344, 2020.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. **Es hora de actuar**. Informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles, 2018.

ORDUÑEZ-GARCIA, Pedro *et al.* Success in control of hypertension in a low-resource setting: The Cuban experience. **Journal of Hypertension**, v. 24, n. 5, p. 845–849, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação - relatório mundial. Organização Mundial da Saúde. [S.l.: s.n.], 2003. Disponível em: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_exec_summary_port.pdf>.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018.

RIBEIRO, Grasielle Camisão *et al.* Revista Qualidade HC Importância do rastreamento e estratificação do risco para organização do cuidado do diabetes mellitus na atenção primária. **Revista Qualidade HC**. n. Lc, p. 201–204, [S.d.].

RODRIGUES, M. M.; ALVAREZ, A. M.; RAUCH, K. C. Tendência das interações e da

mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. **Revista**

SAES, M. D. O.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. **APS EM REVISTA**, v. 1, n. 3, p. 206–221, 2019.

SAMPAIO, Marcus da Rocha; MELO, Morgan Batista Oliveira De; WANDERLEY, Mary Stefannie Azevedo. Estratificação do risco cardiovascular global em pacientes atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. **Rev. bras. cardiol.** (Impr.). [S.l.: s.n.], 2010

SANTOS, Cleuzieli Moraes Dos et al. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.

SANTOS, Rebecca Soares de A. F. Dos et al. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 268–282, 1 dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500268&lng=en&nrm=iso>.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. DA. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369–1380, 2019.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [S.L.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60135-9).

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232004000400011>.

SILVA, Luciane Saraiva, COTTA, Rosângela Minardi Mitre, ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**. 34(5):343–5; 2013.

SOARES CARVALHO, R. *et al.* [ID 56168] PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DIABETES TIPO 1 TRATADOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO NO SUL DO BRASIL. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 2, 2021.

SORATTO, Jacks et al. A maneira criativa e sensível de pesquisar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 994-999, 2014.

SORATTO, Jacks. **A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. Porto Alegre: Dissertação de Mestrado Apresentada Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

SOUSA, A. S. DE J. *et al.* Associação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e

integralidade no atendimento de enfermeiros. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. e25250, 2018.

SOUSA, Naira Pereira De et al. Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária segundo Escore de Framingham. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 157, 2016.

SOUZA, Djalmo Sanzi. Gestão do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde In: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org.). Planejamento, Gestão e Avaliação de Saúde Bucal. São Paulo: **Artes Médicas**, 2012.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi et al. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 963–972, 2019.

TONETTO, I. F. DE A. *et al.* Qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 53, p. 1–8, 2019.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742012000400003>.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES COM HIPERTENSOS. **Revista de APS**, v. 20, n. 2, 2018.

VIACAVA, Francisco et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2745–2760, 2019.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. O Processo de regionalização no Brasil: Influência das dimensões Política, estrutura e organização. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 17, p. S27–S43, 2017.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, 2018.

WESCHENFELDER MAGRINI, D.; GUE MARTINI, J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. **Enfermería Global**, v. 11, n. 26, p. 344–353, 2012.

WILSON, Peter et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. **Circulation**, v. 97, n. 18, p. 1837–1847, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: WHO; 2013 [acessado 2020 Abr 24]. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=CC05322BD984F039B84D717FF29E96D8?sequence=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Geneva: WHO; 2013 [acessado 2022 agost 09]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Noncommunicable diseases progress monitor 2020. Geneva: WHO; 2020. [acessado 2022 Agost 09]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/ncd-progress-monitor-2020>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Report on Diabetes. *Isbn*, v. 978, p. 88, 2016. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/%5Cnhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: **WHO**; s.d. [citado 2022 agost 18]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

YACH, Derek *et al.* The Global Burden of Chronic Diseases. *Jama*, [S.L.], v. 291, n. 21, p. 2616, 2 jun. 2004. **American Medical Association (AMA)**. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.291.21.2616>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PRODUTO

LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DM ESTRUTURA DAS LINHAS DE CUIDADO PARA DM E HAS NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA - SC.

Com o período pós pandêmico da COVID-19, vimos que as doenças crônicas contribuíram para o agravamento do quadro clínico de muitos indivíduos, especialmente na DM e na HAS. Dessa forma, é de extrema importância que os serviços públicos de saúde se reorganizem para prestar uma assistência de qualidade, que busque a resolubilidade dos problemas causados pela descompensação das doenças crônicas.

A utilização de protocolos, bem como o estabelecimento de linhas de cuidado, facilita a organização desses serviços, pois norteiam os profissionais de saúde e visam a padronização dos atendimentos aos usuários portadores de DM e HAS nos diversos locais das RAS do município (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019). Visando uma maior coerência e consistência nos procedimentos, as linhas de cuidado estabelecidas se baseiam em um tripé, sendo eles: a linha de cuidado estabelecida pelo próprio estado de Santa Catarina onde tem-se mais dados epidemiológicos, bem como o percurso assistencial que estes usuários devem percorrer, na qual grande parte do material foi baseado; dados técnicos da literatura científica atual também para melhor embasamento das doenças acima citadas; e também com os dados advindos dos grupos focais, que trazem a visão dos gerentes das Unidades de Básicas de Saúde, de como está a atual situação de saúde do município em relação às condições crônicas, e como uma linha de cuidado para as mesmas trará uma melhor qualidade de vida para os usuários.

LINHA DE CUIDADO

Como o próprio nome sugere, a Linha de Cuidado é a trajetória por onde o usuário vai percorrer dentro da RAS do município, e traz ainda, um conjunto de informações referentes às estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para determinadas doenças, a exemplo da DM.

O intuito da Linha de Cuidado do DM é consolidar e qualificar a atenção aos portadores da doença, de forma integral e longitudinal, garantindo que chegue em todos os pontos da rede.

Deve ser levado em consideração as necessidades de cada pessoa para se estabelecer o cuidado de forma singular, e para que se decida a melhor opção terapêutica ou preventiva, se faz necessário identificar primeiramente os fatores de risco, além de avaliar as condições de saúde e também a necessidade de solicitar exames para realizar um diagnóstico preciso.

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DO DM

O diagnóstico do DM é realizado por meio de exames que caracterizam um grupo de distúrbios no metabolismo, os quais levam ao aumento dos níveis de glicose na corrente sanguínea. Essa doença ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente, ou então quando o corpo não usa a insulina que produz de forma eficaz.

Quadro 2- Tipos principais de DM.

Tipos de Diabetes Mellitus (DM)		
DM tipo 1	DM tipo 2	DM Gestacional
- Pâncreas apresenta pouca ou nenhuma produção de insulina;	- Produção inadequada ou insuficiente da insulina fisiológica;	- Hormônios gestacionais agem sobre corpo materno, afetando a produção da insulina;
- Diagnóstico precoce (infância ou primeira fase da adolescência), geralmente ocorrendo após quadros de complicações agudas;	- Diagnóstico na fase adulta; muitas vezes, ocorre após a instalação de complicações crônicas;	- Seu diagnóstico ocorre durante os exames realizados durante o período pré-natal;
- Tratamento ocorre com o uso de insulina e de outros medicamentos, bem como dieta e rotina otimizadas para cada paciente.	- Controle da doença se dá, principalmente, pelas mudanças de estilo de vida podendo, ou não, complementar com a administração de medicações.	- Controle realizado por mudanças comportamentais; necessita acompanhamento puerperal pelo risco de evoluir para DM.

Fonte: Adaptado de Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018.

Os principais sinais e sintomas que caracterizam a doença são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso inexplicável. Esses sinais e sintomas são mais percebidos no DM tipo 1 e podem progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, além de prurido, visão turva e fadiga. Enquanto que no DM tipo 2, as complicações podem ser mais tardias, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou então por infecções de repetição.

Contudo, é muito importante o rastreamento quando houver fatores de risco, pois o DM mesmo que detectado por exames laboratoriais, pode ter o diagnóstico tardio, devido a doença possuir múltiplos sinais e sintomas na maioria dos casos.

EXAMES LABORATORIAIS

O diagnóstico de DM deve ser baseado por alguns critérios e além desses, por alguns exames laboratoriais, os quais são a glicemia ao acaso (aquela coletada em qualquer horário do dia, que esteja acima de 200 mg/dL associada aos sintomas característicos de DM), a glicemia de jejum (aquela coletada em jejum e que se apresentar maior ou igual a 126 mg/dL ou ainda pelo teste de tolerância oral à glicose ou curva glicêmica que é quando o resultado da glicemia for maior ou igual a 200 mg/dL, 2 horas após receber 75 gramas de glicose, também associado aos sinais e sintomas da doença.

É importante salientar que para concluir o diagnóstico, é necessária a confirmação, repetindo o exame outro dia. Além disso, pode ser utilizado outro exame, a hemoglobina glicada, a qual é o exame de sangue que é o resultado da síntese glicose dos últimos 3 meses, e quando os resultados são maiores ou igual a 6,5%, também é utilizada como parâmetro de diabetes.

Uma observação a ser feita é que níveis intermediários de glicose em jejum de 100 a 125 mg/dL ou de glicose 2 horas, após o teste de tolerância oral à glicose, de 140 a 199 mg/dL ou de hemoglobina glicada de 5,7 a 6,4% caracterizam a pré diabetes e indicam uma categoria de risco aumentado para o desenvolvimento da doença e de problemas cardiovasculares.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A promoção da saúde está intimamente ligada às ações da APS, e tem como finalidade garantir a qualidade de vida da população, ela ocorre durante todos os ciclos e deve ser tratada como prioridade nos processos de educação em saúde, tanto para os trabalhadores, quanto para a própria população.

Tais ações se iniciam durante a gestação, com os cuidados ao pré-natal, parto e puerpério, passando pelo estímulo ao aleitamento materno, pela a proteção à infância e à adolescência, pela conscientização da exposição aos fatores de risco (como o uso de álcool e tabaco), bem como ao estímulo das práticas de alimentação equilibra e de

atividade física, o que deve continuar também na fase adulta, ou seja, em todos os ciclos da vida.

Nesse sentido, a APS deve estar atenta as pessoas da comunidade com maior risco de desenvolverem as DCNT, em especial o DM. Além disso, é necessário não somente conhecer, mas monitorar aqueles que já possuem a doença, a fim de estratificar os que apresentam maior risco de complicações e necessitam de cuidados contínuos e encaminhamentos aos outros serviços, sejam eles de média ou alta complexidade, facilitando o acesso aos que mais necessitam. Sendo assim, os fatores de risco são os condicionantes que podem levar ao aparecimento da doença ou a contribuir para a manutenção dos agravos de saúde. A má alimentação, a falta da prática de atividade física, o uso de tabaco e o uso excessivo de álcool aumentam o risco de morte por DCNT.

- Indicação para rastreamento de DM tipo 2 em pessoas assintomáticas

Pessoas com idades \geq 45 anos

Pessoas com idades $<$ 45 anos; sugere-se rastreamento de DM tipo 2 quando:

Quadro 3 - Rastreamento DM tipo 2 ($<$ 45 anos).

Indicação para rastreamento de DM tipo 2 em pessoas assintomáticas	
Pessoas com idades $<$ 45 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso ou obesidade; • Pré-diabetes diagnosticada por exames laboratoriais; • História familiar de DM (parente de primeiro grau); • Raça/etnia de alto risco para DM (negros, hispânicos ou índios Pima); • Mulheres com diagnóstico prévio de DMG; • História de doença cardiovascular; • Hipertensão arterial; • HDL*-c $<$ 35 mg/dL e/ou triglicérides $>$ 250 mg/dL; • Síndrome de ovários policísticos; • Sedentarismo; • Acantose nigricans. • Idade $>$ 45 anos; • Uso prévio de corticoides, diuréticos tiazídicos e antipsicóticos; • História mórbida pregressa de periodontite, infecções micóticas, hepatite C e outras infecções virais crônicas

Fonte: Adaptado de American Diabetes Association, 2017; Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018.

Quanto ao DMG, o qual sugere riscos para a mãe e para o feto ou neonato, o diagnóstico é realizado geralmente no segundo ou no terceiro trimestre da gestação. A doença pode ser transitória ou pode persistir após o parto, sendo um importante fator de risco para o DM tipo 2 também posteriormente. No entanto, vários fatores de risco estão associados ao desenvolvimento de DMG, são eles:

Quadro 4- Fatores de risco associados a DMG.

Fatores Associados X DMG
<ul style="list-style-type: none"> • Idade materna avançada; • Sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual; • Deposição central excessiva de gordura corporal; • História familiar de DM em parentes de primeiro grau; • Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; • Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia ou DMG; • Uso de drogas hiperglicemiantes; • Síndrome de ovários policísticos; • HbA1c \geq 5,9% no primeiro trimestre gestacional; • Histórico de vulnerabilidade social; • Baixa estatura (inferior a 1,5 m).

Fonte: Adaptado de Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD, 2017; Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018.

A redução dos fatores de risco modificáveis para o DM tipo 2 é a principal estratégia de prevenção na APS, sendo fundamental identificar as pessoas com risco aumentado para a doença quando ainda se apresentam normoglicêmicas, impedindo a evolução para o pré-diabetes e, conseqüentemente para o diabetes. A partir disso, pode ser utilizado o questionário Finnish Diabetes Risk Score (no quadro abaixo), o qual permite a estratificação de risco por meio de uma pontuação máxima de 26 pontos e classifica as pessoas em níveis de risco:

1. Baixo (< 7 pontos);
2. Levemente moderado (entre 7 e 11 pontos);
3. Moderado (12-14 pontos);
4. Alto (15-20 pontos), e;

5. Muito alto (mais de 20 pontos).

Quadro 5- Avaliação do risco de DM tipo II.

<p>1- Idade Abaixo de 45 anos ----- 0 P Entre 45-54 anos ----- 2 P Entre 55-64 anos ----- 3 P Acima de 64 anos ----- 4 P</p> <p>2- Índice de massa corporal (IMC) Abaixo de 25kg/m² ----- 0 P 25-30kg/m² ----- 1 P Acima de 30kg/m² ----- 3 P</p> <p>3- Circunferência da cintura HOMENS Menor que 94 cm ----- 0 P 94-102 cm ----- 3 P Maior que 102 cm ----- 4 P MULHERES Menor que 80 cm ----- 0 P 80-88 cm ----- 3 P Maior que 88 cm ----- 4 P</p> <p>4- Pratica pelo menos 30 minutos de atividade física diária no trabalho e/ou durante o horário de lazer (incluindo as atividades diárias normais)? Sim ----- 0 P Não ----- 2 P</p> <p>5- Com que frequência como legumes, verduras, frutas ou grãos? Todos os dias ----- 0 P Não todos os dias ----- 1 P</p>	<p>6- Você já tomou regularmente algum medicamento para pressão alta? Não ----- 0 P Sim ----- 2 P</p> <p>7- Alguma vez você já apresentou glicose alta no sangue (por exemplo, em um exame médico de rotina, durante uma doença, durante a gravidez)? Não ----- 0 P Sim ----- 5 P</p> <p>8- Algum membro de sua família ou parente próximo já foi diagnosticado com diabetes (tipo 1 ou tipo 2)? Não ----- 0 P Sim: Avós, tia, tio ou primo de 1^o grau (exceto pai, mãe, irmão, irmã ou filhos) -- ----- 3 P Sim: Pai, mãe, irmão, irmã ou filho----- ----- 5 P</p> <hr/> <p>PONTUAÇÃO TOTAL DE RISCO O risco de desenvolver DM tipo 2 em 10 anos</p> <p>Menor que 7 (baixo): Cerca de 1 em cada 100 pessoas irá desenvolver a doença</p> <p>7-11 (levemente elevado): Cerca de 1 em cada 25 pessoas irá desenvolver a doença</p> <p>12-14 (moderado): Cerca de 1 em cada 6 pessoas irá desenvolver a doença</p> <p>15-20 (alto): Cerca de 1 em cada 3 pessoas irá desenvolver a doença</p> <p>Maior que 20 (muito alto): Cerca de 1 em cada 2 pessoas irá desenvolver a doença</p>
---	---

Fonte: Adaptado de Findrisc, 2011; Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018.

Esse questionário pode ser aplicado durante a primeira avaliação na UBS ou durante a visita domiciliar, por qualquer profissional da equipe, com o intuito de avaliar

a condição crônica, aplicar as orientações de cuidado e encaminhar aos serviços necessários conforme o risco identificado. Quando a pessoa apresentar alterações dos níveis de glicemia, as quais indiquem um maior risco de DM, deve ser seguido a linha de cuidado no âmbito dos serviços de saúde.

Quadro 6- Estratificação de risco de indivíduos com relação ao DM.

RISCO	Critérios adotados
Baixo	Variação de medida da glicemia de jejum associada à intolerância da sobrecarga de glicose
Médio	<p>Pessoa com DM diagnosticado e:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle metabólico a partir da medida da hemoglobina glicosilada* (HbA1cc* <7,5) e pressórico adequados • Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • Não apresenta complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)
Alto	<p>Pessoa com DM diagnosticado associado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle metabólico ($7,5 < \text{HbA1c} < 9$) ou • Controle pressórico inadequado • Apresenta internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas, tal como o pé diabético (risco avançado)
Muito Alto (Gestão de caso)	<p>Pessoa com DM diagnosticado e:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mau controle metabólico ($\text{HbA1c} > 9$) ou pressórico, mesmo após tentativas múltiplas de regularização • Apresentação de várias internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; • Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses. Caracterizam-se nesta gama de patologias o AVC, o acidente isquêmico transitório (AIT), a doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica o IAM, a angina instável, • Diagnóstico de complicações crônicas severas. Caracterizam-se pela doença renal estágios 4 e 5, pelo pé diabético de risco alto podendo apresentar-se ulcerado, infectado ou com necrose; • Comorbidades severas associadas ao DM, tais como câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas...; • Risco social. Dentre eles idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado.

Fonte: Adaptado de parâmetros para ações e serviços de saúde do SUS, Brasil, 2015; Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018.

Estratificação de risco do paciente em linhas de cuidado do DM

É de suma importância estabelecer riscos de desenvolvimento de DM, levando em consideração os diversos aspectos físicos, exames laboratoriais e a presença, ou não, de outras patologias pré-existentes nos indivíduos. Assim, a divisão de tais fatores preditivos da doença considera alguns ponto-chaves em todo o processo de diagnóstico da DM,

facilitando o acompanhamento do tratamento e minimizando quaisquer complicações que o paciente possa apresentar.

Baixo e médio risco

Enquadra-se no primeiro nível de classificação aqueles pacientes que apresentam alteração em dois testes laboratoriais. São eles o exame da glicemia de jejum alterado, bem como intolerância à sobrecarga de glicose.

No segundo nível, o paciente apresenta também alteração de exames laboratoriais, porém o quadro clínico começa a ser avaliado juntamente com os resultados sorológicos. A principal alteração encontrada é no exame que dosa a Hemoglobina Glicada (HbA1c) que nesta faixa de classificação encontra-se menor que 7,5 mg/dL. Além disso, o paciente englobado nesta faixa tende a manter um controle pressórico adequado e não possui nenhuma internação por algum tipo de complicação aguda nos últimos 12 meses, nem complicações crônicas (macro ou microangiopatia).

Alto risco

A partir desta etapa de classificação, o indivíduo já possui o diagnóstico de DM estabelecido e o valor de referência de HbA1c se encontra entre 7,5 a 9 mg/dL ou então a aferição da PA já não apresenta normotensão. Outro achado que pode estar presente na história da patologia atual é a necessidade de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou a coexistência de complicações crônicas.

Muito alto risco

Além da doença pré-estabelecida, o paciente enquadrado neste nível patológico, apresenta a mensuração da HbA1c acima de 9 mg/dL e alteração pressórica mesmo após intervenções prévias no manejo do tratamento. Logo, como decorrência deste quadro, o paciente pode apresentar múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses. Além disso, pode-se encontrar concomitantemente a síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – Acidente Vascular Cerebral, acidente isquêmico transitório (AIT), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), angina instável, Doença Arterial Periférica (DAP) com necessidade de intervenção cirúrgica.

Também, pode ser observado a presença de complicações crônicas severas, como a doença renal em estágios avançados (4 e 5), pé diabético de risco alto apresentando úlcera ou com necrose ou com infecção associada. Inclui-se, ademais, nesta faixa de risco os pacientes que apresentam DM e outras comorbidades severas associadas, como câncer, doenças neurológicas degenerativas, doenças metabólicas, dentre outras patologias que aceleram a deterioração da saúde do indivíduo de maneira exponencialmente.

Por fim, aqueles pacientes que apresentam, associados à patologia, risco social se encontram nesta classe de divisão. Eles são caracterizados por idosos dependentes em instituição de longa permanência, pessoas com baixo grau de autonomia ou que apresentam incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social.

FLUXO ASSISTENCIAL

A APS é a porta de entrada do SUS, sendo as UBS as responsáveis por realizar o acolhimento dos usuários no primeiro momento. O fluxograma da Linha de Cuidado de DM inicia a partir de então, com o acolhimento e avaliação multiprofissional, estabelecimento do diagnóstico, e com a classificação de risco.

No entanto, toda a comunidade deve estar inserida nos processos de promoção e prevenção à saúde e as UBS devem integrar outros setores a esses processos, como as secretarias de educação e assistência social, os estimulando e estabelecendo vínculos para o desenvolvimento de ações no território, nas quais ocorram a busca e identificação de indivíduos com risco para o desenvolvimento de DM ou então que já possuam a doença, mas não são acompanhados nos serviços de saúde.

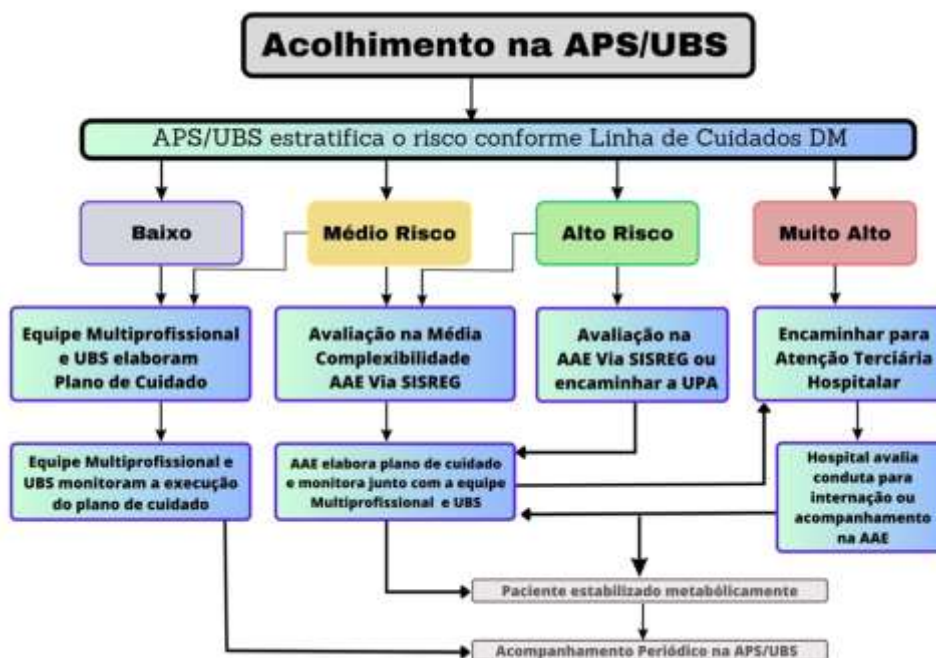
Outro ator importante nesse processo, é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), tem um papel fundamental na identificação e no encaminhamento dos pacientes com risco para a doença, para avaliação nas UBS. O ACS ao realizar a visita domiciliar, levanta dados importantes do histórico da pessoa, como por exemplo, a existência de familiares de primeiro grau com DM, e ainda, da condição em que se apresenta atualmente como o sobrepeso/obesidade, além de outros sinais e sintomas que eles possam relatar. Ao identificar algum indicativo de DM, o ACS deverá encaminhar a pessoa para acolhimento na UBS ou então, solicitar que seja realizado atendimento domiciliar quando houver a necessidade. Após essas pessoas poderão ser encaminhadas para avaliação médica e

orientadas quanto as medidas de promoção da saúde e prevenção do DM, ou serão inseridas para o atendimento de acordo com a Linha de Cuidado.

Na APS, a criação de vínculo dos trabalhadores com o portador da doença, bem como com seus familiares é um ponto excepcional para atenção à sua saúde, tanto na prevenção do adoecimento, quanto no apoio ao encorajamento para os cuidados da pessoa com DM. A pessoa não pode estar ou se sentir sozinha em meio ao processo de saúde-doença, somente com o apoio dos familiares, cuidadores e dos serviços de saúde, é possível desenvolver as mudanças no estilo de vida.

A partir do atendimento e do diagnóstico com a classificação de risco para o DM, as pessoas são inseridas no fluxo da Linha de Cuidado a seguir:

Figura 1- Fluxo de acolhimento na APS/UBS



Siglas:

APS - Atenção Primária em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

Fonte: Adaptado de Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018.

As consultas/avaliações devem manter uma periodicidade de acordo com o nível de gravidade, conforme descrito abaixo:

Quadro 7- Nível de gravidade para consultas e avaliações.

Risco	Consulta		
	Médico	Enfermeiro	Dentista
Risco Baixo	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)
Risco Médio	Semestral (2x/ano)	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)
Risco Alto	Trimestral (3x/ano)	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)
Risco Muito Alto*	Quadrimestral (4x/ano)	Semestral (2x/ano)	Semestral (2x/ano)

Fonte: Adaptado de Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018.

Quanto a orientação de manejo à pessoa com DM, deve ser determinado conforme a estratificação de risco a seguir:

Quadro 8- Manejo à pessoa com DM de acordo com a classificação de risco.

Manejo baixo risco	<ul style="list-style-type: none"> Planejamento de estratégias de promoção à saúde, auxiliando o entendimento do paciente sobre os riscos da DM; articular diferentes ações entre as diversas regiões que a UBS abrange; Fornecer estratégias para reeducação alimentar em indivíduos com usuários com excesso de peso ($IMC > 25 \text{Kg/m}^2$); Aplicar questionários anualmente para avaliar o risco de desenvolvimento do DM, além de realizar exames laboratoriais complementares; Monitorização de fatores de risco cardiovascular através de exames físicos e de avaliação antropométrica; Periodicidade nas consultas médicas, odontológica e de enfermagem concomitante à avaliação clínica anual.
Manejo médio risco	<ul style="list-style-type: none"> Controle da Pressão Arterial (PA), perfil lipídico e HbA1c; Prescrição do tratamento medicamentoso; Rastreamento de complicações crônicas (retinopatia diabética, doença renal diabética, pé diabético, parestesias...); Rastreamento de doença arterial coronariana, AVC, doença vascular periférica; Melhora dos hábitos de vida, como alimentação, saída do sedentarismo, cessação do tabagismo; Monitorar fatores de risco, tais como o peso, o IMC, a circunferência abdominal e perfil lipídico; Possibilidade de acompanhamento semestral com avaliação de saúde do indivíduo a partir da equipe multidisciplinar; Encaminhamento para consulta especializada, dependendo da necessidade do paciente.
	<ul style="list-style-type: none"> Controle de fatores de risco cardiovascular, perfil lipídico e HbA1c; Prescrição de medicamentos; Rastreamento de complicações crônicas (retinopatia diabética, doença renal diabética, pé diabético, parestesias...); Tratamento do pé diabético, parestesias, disfunções autonômicas...

Manejo alto risco e muito alto risco	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da doença arterial coronariana, AVE e doença vascular periférica; • Monitorar fatores de risco, tais como o peso, o IMC, a circunferência abdominal e perfil lipídico; • Possibilidade de acompanhamento semestral com avaliação de saúde do indivíduo a partir da equipe multidisciplinar; • Encaminhamento para consulta especializada, dependendo da necessidade do paciente e das complicações que o mesmo apresenta; • Consulta multidisciplinar via UBS, preferencialmente com acompanhamento odontológico, médico e da equipe de enfermagem.
--------------------------------------	--

Fonte: Adaptado de Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018.

Quanto aos parâmetros de acompanhamento da doença e a estimativa de necessidades de exames anuais por pessoa com DM, deve ser seguido de acordo com a próxima tabela:

Quadro 9- Parâmetros de acompanhamento para pessoas com DM por atendimento.

Categoria do exame/ Procedimento	Procedimento a ser realizado	Parâmetro considerando média de exames por paciente ao ano – Estratificação de Risco			
		Baixo risco	Médio risco	Alto risco	Muito Alto risco
Exames de patologia clínica	Dosagem de glicose	1	1	2	2
	Dosagem de colesterol total, HDL, LDL e Triglicérides	0,5	1	1	1
	Dosagem de HbA1c	2	2	4	4
	Dosagem de creatinina	1	1	2	4
	Exame de Urina quantitativo e qualitativo	1	1	1	2
	Microalbuminúria em amostra isolada	1	1	1	1
Oftalmológicos*	Fundoscopia	1	1	1	1
	Retinografia colorida binocular	1	1	1	1
	Fotocoagulação a laser	0,2	0,2	0,2	0,4
Diagnose em cardiologia	Eletrocardiograma	1	1	1	1

(*) “Se não há evidência de retinopatia em um ou mais exames oftalmológicos realizados em seguida, a realização de exames a cada 2 anos pode ser considerada. Se a retinopatia diabética é presente, exames subsequentes para pessoas com DM tipo 1 e tipo 2 devem ser repetidos anualmente por um oftalmologista ou optometrista. Se a retinopatia estiver progredindo e ameaçando a visão, mais exames podem estar indicados” (American Diabetes Association, 2015).

Fonte: Adaptado de Parâmetros para ações e serviços de saúde do SUS, Brasil, 2015; Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018.

O acompanhamento destas pessoas, portadoras de DM, deve ser mantido na APS por toda a equipe e quando classificadas com alto risco em seguimento na AAE, devem

realizar consultas de retorno a fim de controlar a doença, mantendo o equilíbrio da condição crônica.

É importante que haja o matriciamento dos profissionais da AAE para os da APS de forma contínua, capacitando e orientando para a elaboração do plano de cuidado mais adequado. Além disso, a equipe da UBS deve estar preparada para identificar quando houver o agravamento do quadro clínico, ou a descompensação da condição crônica. Nesses casos, deve solicitar o retorno a AAE com prioridade ou encaminhar a pessoa para o serviço de urgência e emergência para a estabilização imediata.

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS

Na perspectiva de contextualizar o cuidado ao usuário, que apresenta DM, é necessário destacar os medicamentos que estão registrados na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos), no site da Prefeitura Municipal de Criciúma, no link <https://www.criciuma.sc.gov.br/site/> em “serviços” e “medicamentos disponíveis no SUS”. Neste local podem ser visualizados todos os medicamentos fornecidos na rede municipal de saúde, bem como em quais unidades e/ou pontos da rede esses medicamentos podem ser encontrados.

Abaixo encontram-se os medicamentos disponíveis na Rede Municipal de Saúde de Criciúma para o tratamento de DM, bem como a concentração, apresentação e classe terapêutica dos mesmos:

Quadro 10- Relação de medicamentos do Município de Criciúma- Santa Catarina.

MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	CLASSE TERAPÊUTICA
Glibenclamida	5 mg	comprimido	Sulfoniluréias de ação intermediária
Gliclazida	30 mg	comprimido de liberação prolongada	Sulfoniluréias de ação intermediária
Insulina humana NPH	100 UI/mL	Solução injetável (frasco ampola 10mL)	Insulina
Insulina humana regular	100 UI/mL	Solução injetável (frasco ampola 10ml)	Insulina
Metformina, cloridrato de	500 mg	comprimido	Biguanidas

Metformina, cloridrato de	850 mg	comprimido	Biguanidas
------------------------------	--------	------------	------------

Fonte: Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) de Criciúma.

ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Os profissionais possuem funções específicas de acordo com sua formação e função, mas nos serviços de saúde algumas atribuições são comuns a todos, como por exemplo: a coordenação do cuidado na APS; a participação nas ações educativas e na abordagem integral do processo saúde-doença com atividades voltadas à promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação; a estimulação do autocuidado e o monitoramento da adesão ao plano de cuidado proposto, a disponibilidade para a formulação de plano de cuidado em toda a RAS, a execução do trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar; a realização da estratificação de risco para identificar os casos que exigem maior atenção; a contribuição para definir o fluxo mais adequado para cada situação e a otimização dos recursos disponíveis.

Além do trabalho realizado em conjunto, esse processo deve ser desenvolvido com particularidades a cada categoria, ou seja, cada profissional deve atuar de acordo com sua função nos diferentes pontos de atenção à saúde. As atribuições dos profissionais na APS, estão divididas da seguinte forma:

Divisão dos profissionais dentro das Unidades Básicas de Saúde, adaptado da Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus do Estado de Santa Catarina.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Agente Comunitário de Saúde – ACS
	- Realizar visita domiciliar para identificação, cadastro e acompanhamento mensal das pessoas do território;
	- Orientar as pessoas sobre aspectos gerais de promoção e prevenção a saúde;
	- Identificar na comunidade as pessoas com fatores de risco para DM;
	- Levar para a reunião de equipe os casos de DM encontrados na sua microárea e discutir sobre os mesmos para organização do cuidado à pessoa com DM de forma individualizada;
	- Manter atualizado o cadastro dos usuários com DM;
	- Monitorar todos os pacientes com DM do território, inclusive os de médio e alto risco (manter lista atualizada com os nomes dos pacientes e nível de risco por microárea);
	- Contribuir para que a pessoa seja comunicada e não falte as consultas e exames agendados em outros pontos da rede;

	-Encorajar o autocuidado e reforçar as orientações do plano de cuidados para DM;
	- Registrar todas as visitas, intercorrências, e internações hospitalares.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Auxiliar/Técnico de Enfermagem
	- Orientar as pessoas sobre aspectos gerais de promoção e prevenção a saúde;
	- Encorajar o autocuidado e reforçar as orientações do plano de cuidados;
	- Prestar o acolhimento à pessoa com DM, esclarecendo as dúvidas e realizar encaminhamentos a outros profissionais sempre que necessário;
	- Atualizar o cadastro na UBS quando houver necessidade e repassar a informação ao ACS responsável pela microárea da pessoa;
	- Contribuir para que a pessoa seja comunicada e não falte as consultas e exames agendados em outros pontos da rede;
	- Agendar ou reagendar consultas médicas, de enfermagem ou para outros profissionais e serviços da rede de atenção; verificar diariamente os agendamentos e devoluções no SISREG;
	- Realizar visita domiciliar a pessoa com DM sempre que houver necessidade de monitoramento dos índices de glicemia capilar e não houver condições de deslocamento até a UBS;
	- Monitorar a carteira de vacinação da pessoa com DM e ofertar o imunobiológico de acordo com o cronograma estipulado pelo MS;
- Realizar o registro no prontuário do paciente com a descrição dos atendimentos e técnicas realizadas à pessoa com DM;	

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Enfermeiro
	- Realizar consulta de enfermagem, aplicar a estratificação de risco de DM e avaliar os membros inferiores para identificação do pé diabético;
	- Encaminhar a pessoa ao ambulatório de feridas do município (via SISREG) e acompanhar o cuidado das pessoas com pés diabéticos;
	- Orientar e estimular o autocuidado e monitorar a adesão ao tratamento da pessoa com DM;
	- Realizar visita domiciliar a pessoa com DM sempre que houver necessidade e não houver condições de deslocamento até a UBS;
	- Monitorar a carteira de vacinação da pessoa com DM e ofertar o imunobiológico de acordo com o cronograma estipulado pelo MS;
- Estabelecer nas reuniões de equipe, estratégias para o fortalecimento da adesão ao tratamento de DM e a participação de grupos;	

	- Monitorar todos os pacientes com DM do território, inclusive os de médio e alto risco (manter lista atualizada com os nomes dos pacientes e nível de risco por microárea);
	- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção e prevenção a saúde, buscando parcerias na comunidade, como os grupos da AFASC, associações, igrejas entre outros;
	- Promover educação em saúde, enfatizando a corresponsabilização no tratamento da pessoa com DM, tanto pela própria pessoa, família, cuidador, quanto pela equipe de saúde.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Médico
	- Realizar consulta e aplicar a estratificação de risco para diagnóstico de DM e seguimento;
	- Solicitar exames complementares mínimos estabelecidos ou outros quando necessário (de acordo com os protocolos e orientações da SMS);
	- Elaborar o plano terapêutico, definindo o início do tratamento medicamentoso;
	- Prescrever tratamento não medicamentoso (encaminhar para a equipe multiprofissional) e medicamentoso;
	- Realizar visita domiciliar a pessoa com DM sempre que houver necessidade e não houver condições de deslocamento até a UBS;
	- Participar de reuniões de equipe para acompanhamento e discussão dos casos de pessoas com DM;
	- Encaminhar para o serviço de referência (AAE – via SISREG) as pessoas com DM de acordo com a avaliação clínica;
	- Encaminhar para o serviço de referência (AAE– via SISREG) as pessoas que apresentam lesões importantes de órgãos-alvo, com suspeitas de causas secundárias;
	- Encaminhar as pessoas com DM descompensada e com quadro clínico agudizado para os serviços de urgência e emergência do município (UPA);
	- Encaminhar para o serviço de referência (AAE– via SISREG) os casos de mulheres com DM gestacional que necessitam de consulta especializada de acordo com o protocolo do município;
	- Encorajar o paciente para o processo de educação em saúde, para que o paciente e seus familiares e cuidadores possam conviver melhor com a sua condição crônica;
- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção e prevenção a saúde, buscando parcerias na comunidade, como os grupos da AFASC, associações, igrejas entre outros;	

	Promover educação em saúde, enfatizando a corresponsabilização no tratamento da pessoa com DM, tanto pela própria pessoa, família, cuidador, quanto pela equipe de saúde.
--	---

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Cirurgião Dentista
	- Promover o cuidado em saúde bucal da pessoa com DM;
	- Avaliar a saúde bucal do paciente acamado com DM;
	- Orientar a equipe sobre a importância e quais são os cuidados em saúde bucal de pessoas com DM;
	- Orientar a equipe sobre os sinais de alteração da saúde bucal observados na pessoa com DM, como doença periodontal, xerostomia e hipossalivação, candidíase oral, doenças da mucosa bucal, cárie dentária e hipoplasia de esmalte;
	- Participar de reuniões de equipe para acompanhamento e discussão dos casos de pessoas com DM;
	- Realizar visita domiciliar a pessoa com DM sempre que houver necessidade e não houver condições de deslocamento até a UBS;
	- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção e prevenção a saúde, buscando parcerias na comunidade, como os grupos da AFASC, associações, igrejas entre outros;
- Promover educação em saúde, enfatizando a corresponsabilização no tratamento a pessoa com DM, tanto pela própria pessoa, família, cuidador, quanto pela equipe de saúde.	

Divisão dos profissionais dentro das Equipes Multiprofissionais, adaptado da Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus do Estado de Santa Catarina.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Fisioterapeuta
	- Realizar as atividades de promoção, prevenção e reabilitação à saúde física da pessoa com DM, pelo ponto de vista da atenção continuada, de forma individual ou compartilhada em grupos;
	- Participar das reuniões de equipe para a organização e elaboração do plano de cuidado de pessoas com DM; por meio do matriciamento às equipes da UBS;
	- Participar das atividades na Academia da Saúde e dar suporte aos grupos de práticas corporais;
	- Orientar sobre cuidados com os pés, alongamento e reforço muscular;
	- Realizar visita domiciliar a pessoa com DM sempre que houver necessidade e não houver condições de deslocamento até a UBS;
	- Participar na organização com a equipe para as ações intersetoriais de promoção e prevenção a saúde, buscando parcerias na comunidade, como os grupos da AFASC, associações, igrejas entre outros;

	- Promover educação em saúde, enfatizando a corresponsabilização no tratamento a pessoa com DM, tanto pela própria pessoa, família, cuidador, quanto pela equipe de saúde.
--	--

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Farmacêutico
	- Realizar as atividades de promoção, prevenção e reabilitação à saúde da pessoa com DM, pelo ponto de vista da atenção continuada, de forma individual ou compartilhada em grupos;
	- Participar das reuniões de equipe para a organização e elaboração do plano de cuidado de pessoas com DM, por meio do matriciamento às equipes da UBS;
	- Orientar a dispensação de medicamentos a partir da apresentação de receita de acordo com a prescrição e realizar a dispensação quando necessário;
	- Orientar a pessoa com DM e familiares ou cuidadores sobre o uso correto das medicações, efeitos colaterais e interações medicamentosas;
	- Informar sobre o protocolo do município para o fornecimento de glicosímetro, tiras reagentes e lancetas, bem como orientar sobre o uso correto do equipamento e o preenchimento diário de automonitorização;
	- Realizar visita domiciliar a pessoa com DM sempre que houver necessidade e não houver condições de deslocamento até a UBS;
	- Participar na organização com a equipe para as ações intersetoriais de promoção e prevenção a saúde, buscando parcerias na comunidade, como os grupos da AFASC, associações, igrejas entre outros;
- Promover educação em saúde, enfatizando a corresponsabilização no tratamento a pessoa com DM, tanto pela própria pessoa, família, cuidador, quanto pela equipe de saúde.	

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Psicólogo
	- Realizar as atividades de promoção, prevenção e reabilitação à saúde mental da pessoa com DM, pelo ponto de vista da atenção continuada, de forma individual ou compartilhada em grupos;
	- Participar das reuniões de equipe para a organização e elaboração do plano de cuidado de pessoas com DM, por meio do matriciamento às equipes da UBS;
	- Participar de ações de reeducação alimentar para crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade e suas famílias;
	- Realizar atendimento psicológico individual para pessoas com DM encaminhadas pela equipe (via Celk);
	- Realizar visita domiciliar a pessoa com DM sempre que houver necessidade e não houver condições de deslocamento até a UBS;
- Participar na organização com a equipe para as ações intersetoriais de promoção e prevenção a saúde, buscando parcerias na comunidade, como os grupos da AFASC, associações, igrejas entre outros;	

	- Promover educação em saúde, enfatizando a corresponsabilização no tratamento a pessoa com DM, tanto pela própria pessoa, família, cuidador, quanto pela equipe de saúde.
--	--

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Profissional de Educação Física
	- Realizar as atividades de promoção e integração social, prevenção e reabilitação para a melhoria da aptidão física e capacidade funcional da pessoa com DM, pelo ponto de vista da atenção continuada, de forma individual ou compartilhada em grupos;
	- Participar das reuniões de equipe para a organização e elaboração do plano de cuidado de pessoas com DM, por meio do matriciamento às equipes da UBS;
	- Estimular e organizar ações voltadas à prática de atividades físicas, de acordo com a gravidade do DM;
	- Promover atividades na Academia da Saúde e dar suporte para os grupos de práticas corporais;
	- Participar de ações de reeducação alimentar para crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade e suas famílias;
	- Realizar atendimento individual para pessoas com DM encaminhadas pela equipe (via Celk);
	- Realizar visita domiciliar a pessoa com DM sempre que houver necessidade e não houver condições de deslocamento até a UBS;
	- Participar na organização com a equipe para as ações intersetoriais de promoção e prevenção a saúde, buscando parcerias na comunidade, como os grupos da AFASC, associações, igrejas entre outros;
- Promover educação em saúde, enfatizando a corresponsabilização no tratamento a pessoa com DM, tanto pela própria pessoa, família, cuidador, quanto pela equipe de saúde.	

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Nutricionista
	- Realizar as atividades de promoção, prevenção e reabilitação a saúde da pessoa com DM, pelo ponto de vista da atenção continuada, de forma individual ou compartilhada em grupos;
	- Participar das reuniões de equipe para a organização e elaboração do plano de cuidado, com foco no plano nutricional de pessoas com DM, por meio do matriciamento às equipes da UBS;
	- Participar e promover ações educação nutricional e de reeducação alimentar para crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade e suas famílias;
	- Realizar atendimento individual para pessoas com DM encaminhadas pela equipe (via Celk);
- Realizar visita domiciliar a pessoa com DM sempre que houver necessidade e não houver condições de deslocamento até a UBS;	

	- Participar na organização com a equipe para as ações intersetoriais de promoção e prevenção a saúde, buscando parcerias na comunidade, como os grupos da AFASC, associações, igrejas entre outros;
	- Promover educação em saúde, enfatizando a corresponsabilização no tratamento a pessoa com DM, tanto pela própria pessoa, família, cuidador, quanto pela equipe de saúde.

Divisão dos profissionais dentro da Atenção Ambulatorial Especializada, adaptado da Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus do Estado de Santa Catarina.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Endocrinologista
	- Realizar a avaliação individual da pessoa com DM, encaminhada pela equipe da UBS/APS para avaliar e confirmar a estratificação de risco;
	- Investigar e identificar as possíveis complicações da DM;
	- Solicitar exames complementares necessários para cada pessoa e/ou condição clínica, considerando as orientações e protocolos da SMS de Criciúma;
	- Estabelecer o plano terapêutico mais adequado para o controle glicêmico, bem como construir em conjunto com a equipe multiprofissional o plano de cuidado a pessoa com DM;
	- Estimular e pactuar metas para o autocuidado da pessoa com DM;
	- Registrar de forma clara as informações no prontuário utilizado pelo município;
	- Participar com a equipe multiprofissional, na elaboração de atividades de educação permanente e matriciamento para a equipe da APS;
	- Manter o seguimento dos casos de DM, encaminhando a outras especialidades quando houver necessidade, bem como realizar a contrarreferência a APS;
	- Promover, participar e estimular a educação em saúde.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Cardiologista
	- Realizar a avaliação individual da pessoa com DM, encaminhada pela equipe da UBS/APS para avaliar e confirmar a estratificação de risco;
	- Avaliar o plano de cuidado de cada pessoa e identificar os fatores de risco cardiovasculares;
	- Realizar o tratamento das comorbidades cardiológicas, como hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, etc;
	- Solicitar exames cardiológicos, de acordo com a necessidade da pessoa com DM, levando em consideração as orientações e protocolos da SMS de Criciúma;
	- Estabelecer o tratamento específico para a prevenção secundária e terciária, se necessário;

	- Estabelecer o plano terapêutico mais adequado para o controle glicêmico, bem como construir em conjunto com a equipe multiprofissional o plano de cuidado a pessoa com DM;
	- Estimular e pactuar metas para o autocuidado da pessoa com DM;
	- Registrar de forma clara as informações no prontuário utilizado pelo município;
	- Participar com a equipe multiprofissional, na elaboração de atividades de educação permanente e matriciamento para a equipe da APS;
	- Manter o seguimento dos casos de DM, encaminhando a outras especialidades quando houver necessidade, bem como realizar a contrarreferência a APS;
	- Promover, participar e estimular a educação em saúde.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Nefrologista
	- Reavaliar o tratamento já instituído e suas metas;
	- Identificar e tratar problemas e patologias decorrentes da insuficiência renal crônica.
	- Solicitar exames de acordo com a necessidade da pessoa com DM, levando em consideração as orientações e protocolos da SMS de Criciúma;
	- Estimular e orientar medidas de proteção à saúde renal;
	- Orientar sinais e sintomas de progressão da DM;
	- Alertar e informar a necessidade futura de tratamentos mais invasivos como diálise e transplante renal;
	- Participar da elaboração do plano de cuidado da pessoa com DM;
- Manter o seguimento dos casos de DM, encaminhando a outras especialidades quando houver necessidade, bem como realizar a contrarreferência a APS;	
- Promover, participar e estimular a educação em saúde.	

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Oftalmologista
	- Avaliar a condição oftalmológica da pessoa com DM e identificar as complicações microvasculares retinianas causadas pela doença, bem como estabelecer o tratamento necessário;
	- Solicitar exames de acordo com a necessidade da pessoa com DM, levando em consideração as orientações e protocolos da SMS de Criciúma;
	- Participar da elaboração do plano de cuidado da pessoa com DM;
	- Manter o seguimento dos casos de DM, encaminhando a outras especialidades quando houver necessidade, bem como realizar a contrarreferência a APS;
- Promover, participar e estimular a educação em saúde.	

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Assistente Social
	- Avaliar as condições psicossociais da pessoa com DM, as quais possam interferir ou auxiliar no tratamento;
	- Orientar a pessoa com DM sobre a garantia de seus direitos;
	- Participar da elaboração do plano de cuidado da pessoa com DM;
- Estimular e pactuar metas para o autocuidado da pessoa com DM;	

	- Registrar de forma clara as informações no prontuário utilizado pelo município;
	- Participar com a equipe multiprofissional, na elaboração de atividades de educação permanente e matriciamento para a equipe da APS;
	- Manter o seguimento dos casos de DM, encaminhando a outros setores quando houver necessidade;
	- Promover, participar e estimular a educação em saúde.

TECNOLOGIAS DE CUIDADO E DE EDUCAÇÃO SUGERIDAS

O processo, no qual as pessoas desenvolvem o conhecimento sobre saúde/ doença, as ações de autocuidado, a promoção da saúde e prevenção dos riscos é o que caracteriza a educação em saúde. Tudo isso deve ser determinado a partir das experiências vivenciadas e na realidade de cada pessoa com DM, as ressignificando e construindo o que chamamos de aprendizagem.

Sendo assim, deve ser buscado estratégias educativas de acordo com as características das pessoas com DM, considerando os recursos disponíveis e visando qual é o objetivo educativo desejado. Pode ser utilizado abordagens individuais e coletivas de forma complementar.

Nesse processo, é importante que a equipe envolva as pessoas com DM na implementação do seu plano de cuidado, para que elas desenvolvam suas capacidades e seus potenciais, e compreendam suas particularidades (idade, estilo de vida, condições cotidianas e etc.), a fim de melhorar sua qualidade de vida.

ATENÇÃO CONTÍNUA

A atenção contínua é o acompanhamento multiprofissional, ou seja, aquele realizado por vários profissionais para manter o cuidado as pessoas com DM, que no primeiro atendimento com a aplicação de estratificação de risco, não se encontrem em situações agudizadas.

O atendimento a pessoa com DM deve ser realizado de forma individual e sequenciada pela equipe multiprofissional para a elaboração do plano de cuidados. O plano de cuidados deve ser apresentado e pactuado com o paciente para a implementação das ações e efetivação terapêutica.

Figura 2- Plano de Cuidado a pessoas com DM



Fonte: Fonte: Adaptado de Paraná, 2018; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

ATENÇÃO COMPARTILHADA EM GRUPO

Os usuários de saúde podem ser atendidos de forma coletiva pela equipe multiprofissional, a qual verifica a semelhança entre os casos, se os mesmos estão estáveis e podem participar das atividades de grupo. Assim, essas atividades visam a troca de experiências entre as pessoas, contribuindo no processo para a elaboração e monitoramento do plano de cuidado de cada indivíduo. Nesse tipo de intervenção, os profissionais participam como coadjuvantes e não realizam palestras, permitindo que os pacientes interajam entre si. Tal prática é utilizada geralmente na APS, mas pode ser realizada também em outros níveis de atenção, considerando sempre a estabilidade da doença.

GRUPO OPERATIVO

O grupo operativo pode ser utilizado com o intuito de provocar a mudança de hábitos de um determinado grupo. Deve ter duração, temas, atividade e objetivos definidos e mensuráveis, para que possa gerar a construção de vínculo e trocas de conhecimentos sobre qualidade de vida e processo saúde-doença. Para este tipo de intervenção, também não há a realização de palestras, mas é necessário um coordenador e um observador com habilidades para conduzir o trabalho.

Junto a isso, integra-se a proposta que os grupos operativos sejam distritais, contemplando um conjunto de unidades próximas, com intuito de gerar maior engajamento e participação coletiva dos usuários. Os grupos operativos distritais terão uma média de quatro encontros por ano, onde os locais e a estrutura dos temas abordados e o cronograma de encontros será alinhado anualmente. Entende-se que o apoio mútuo nos grupos operativos pode gerar maior adesão dos usuários, e ampliar o escopo de ações coletivas nos territórios

PLANO DE CUIDADO

É o instrumento indispensável para o manejo das condições crônicas, capaz de permitir o cuidado multiprofissional e interdisciplinar, além de agregar o cuidado profissional ao autocuidado. Tem como objetivo modificar o processo de intervenção da assistência prescritiva para o cuidado participativo. É composto por um roteiro compartilhado entre usuário, atenção primária e secundária, no qual consta o diagnóstico integral, a definição terapêutica, e as intervenções para a manutenção e reabilitação da saúde. Pode ser indicado à pessoa com fatores de risco modificáveis e com condições crônicas que necessitem de cuidados individualizados. Para este processo, são desenvolvidas ações de cuidado da equipe e de autocuidado do paciente.

O manejo da pessoa com DM, deve ser realizado através do monitoramento de algumas questões (apresentadas no quadro a seguir), para que se tenha um melhor cuidado diante do contexto em que se está inserido.

Quadro 11- Pontos de análise para o plano de cuidado a pessoa com DM.

Foco terapêutico	Objetivos e metas	Orientações
Estilo de vida	Reeducação alimentar, incentivo à prática de exercícios físicos, cessação do tabagismo	Orientar em todas as oportunidades de procura ao serviço de saúde. Se necessário, indicar acompanhamento nutricional, participação de grupos de tabagismo e realização de atividades físicas já existentes na comunidade
Antropometria	Idealmente, manter IMC até 24,9 Kg/m ² ; perda ponderal em pacientes com sobrepeso ou obesidade em 5 a 10% do peso corporal; manter medida de circunferência abdominal em <80 cm nos	Realizar em todas as avaliações clínicas. Registrar as medidas de maneira seriada, podendo assim incentivar o indivíduo a manter o progresso conquistado

	homens e em < 94 cm nas mulheres	
Controle da glicemia	Valores de glicemia em jejum e pré-prandial < 110 mg/dL Glicemia pós-prandial < 140 mg/dL e HbA1c < 7%	Os exames diagnósticos, preferencialmente, devem ser realizados em laboratórios de análises clínicas de confiança. Quando o paciente torna-se insulínodépendente, as medidas devem ser realizadas de maneira seriada, sempre após instrução de como medir a glicemia, registrando todas as medidas para ajuste de dose
Controle da pressão arterial	Idealmente, PA deve-se manter < 130/80 mmHg. Considerar sempre a idade do paciente, idosos não devem ter sua PA mantida em níveis baixos por aumento do risco de hipotensão	Realizar em todas as oportunidades de atendimento clínico. Geralmente, a HAS possui grande chance de diagnóstico em pacientes diabéticos, uma vez que ambas as doenças compartilham os mesmos fatores de risco de ocorrência e possuem mecanismos patogênicos semelhantes
Controle lipídico	Colesterol total < 200 mg/dL LDL < 100 mg/dL em pacientes com presença de doença vascular e < 70 em pacientes sem doença vascular HDL > 45 mg/dL Triglicérides < 150 mg/dL	Quando há dislipidemia, fatores de risco para doença cardiovascular e/ou idade maior que 40 anos, recomenda-se iniciar tratamento medicamentoso com AAS 100 mg/dia e Sinvastatina 20 mg/dia (à noite). Considerar sempre os critérios clínicos do paciente para uso de tais medicações
Avaliação da função renal	TFG > 90 mL/min Relação albumina/creatinina < 30 mg/g na urina Avaliação periódica do desenvolvimento de doença renal diabética	Seguir a classificação da doença renal seguindo o estágio que a doença se encontra. Estágio 0: acompanhamento anula Estágio 1 e 2: acompanhamento semestral Estágio 3,4,5: recomendado encaminhamento ao nefrologista
Avaliação da retina	Avaliar alterações na fundoscopia e controle de complicações microvasculares	Sem retinopatia: acompanhamento oftalmológico anual Acometimento súbito na visão (perda de visão, glaucoma, descolamento de retina): encaminhar

		imediatamente para o oftalmologista
Pé diabético	Avaliação dos pulsos pediosos bilateralmente; avaliação da sensibilidade a estímulos nos pés; controlar complicações neuropáticas ou vasculares para evitar amputação	Moderado risco de pé diabético: acompanhamento 3 a 6 meses Risco alto: acompanhamento: 1 a 3 meses Orientar todos os pacientes para o risco de andar descalços
Saúde mental	Prevenir e tratar transtornos mentais associados	Acompanhamento anual para estratificar o risco de saúde mental
Saúde bucal	Prevenção do surgimento de cáries ou de doença periodontal visto risco maior de complicações infecciosas em pacientes diabéticos	Acompanhamento anual para estratificar o risco de saúde bucal
Planejamento familiar	Planejamento familiar e diminuir riscos de complicações durante a gravidez visto que o diabetes pode causar má-formação fetal e contribuir para deterioramento da saúde do filho na fase adulta	Orientação de planejamento da gestação bem como oferecimento de métodos anticoncepcionais

Fonte: Adaptado, Linha Guia DM Paraná, Paraná, 2018; Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018.

Uma boa alimentação também é de extrema importância para a prevenção, controle e tratamento da DM, através dela previnem-se complicações a curto e a longo prazo, e associada a outros componentes do cuidado atua na melhora de parâmetros metabólicos.

Quadro 12- Orientações para uma alimentação adequada.

Orientações gerais sobre alimentação	
Fracionamento das refeições e maneira de preparo	Ingerir alimentos em poucas quantidades várias vezes ao dia é uma estratégia consolidada para a perda de peso e a manutenção de mudanças do estilo de vida. Ademais, preparos a partir de alimentos cozidos, assados, grelhados favorecem a preservação da qualidade da dieta além de manter vitaminas e outras substâncias presentes nos alimentos
Uso de açúcar e adoçante	Não é necessário abdicar totalmente do uso do açúcar, pois outros carboidratos se mostram fontes mais ricas em glicemia do que ele. Considerar o uso de alimentos light e diet, o uso de adoçantes ou até mesmo reeducar a maneira de ingestão de alimentos adoçados artificialmente

Ingesta de fibras alimentares	Importantes alimentos que podem ser consumidos a fim de reduzir o risco do surgimento de doenças cardiovasculares. As principais fontes são as frutas, legumes, farinhas integrais, aveia
Vitaminas e minerais	Incentivar a ingestão de diferentes tipos de verduras e legumes, todos eles com cores diferentes, para diversificar as qualidades de vitaminas presentes na dieta. Recomendar ingestão de frutas durante o dia, incluindo as cítricas.
Sal	Consumo máximo de 2.000 mg/dia (5g de sal de cozinha). Ajustar a dose para 1.500 mg/dia em caso de HAS. Evitar consumo de alimentos ultraprocessados visto que, em seu preparo, os conservantes utilizados são ricos em sódio.

Fonte: Adaptado, Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018.

Para a efetivação do plano de cuidado, a pessoa com DM deve ter uma cópia do documento para que possa segui-lo de maneira adequada, sendo esse é de sua propriedade. O plano de cuidado deve ser elaborado em conjunto pelas equipes da APS e AAE, para adequar à realidade de cada local. Ainda, devem registrar e atualizar o documento no prontuário, a fim de garantir que as informações sejam compartilhadas nos diferentes níveis de atenção.

PLANO DE AUTOCUIDADO E AUTOCUIDADO APOIADO PARA A PESSOA COM DM

O autocuidado é pilar essencial no tratamento do DM, em todas as linhas de atendimento oferecidas pelo SUS. Entretanto, muitas vezes o paciente reconhece essa necessidade de ser protagonista de seu tratamento, porém enfrenta dificuldade no cumprimento e no seguimento de tais ações. Isso pode ser decorrente de fatores inerentes ao indivíduo, como a decisão de acatar o tratamento, ou até mesmo da influência de terceiros, como a família (TESTON, SALES E MARCON, 2017).

Assim, é necessário sempre haver planejamento das ações de saúde voltados à DM e, também, demandar atenção especial aos fatores psicoemocionais das pessoas acometidas por tal doença – como características educacionais e socioeconômicas do indivíduo (Borba *et al.*, 2019). Dessa forma, diversos aspectos pessoais e salutaros devem ser abordados, principalmente na APS, durante o acompanhamento do autocuidado da pessoa.

O acompanhamento do indivíduo portador de DM possui sazonalidades distintas para as diferentes necessidades de cuidado. Alguns procedimentos, como aferição da PA, monitoramento glicêmico e avaliação antropométrica, devem ser realizados sempre que

possível para acompanhar o sucesso das mais diversas formas de tratamento propostos para tais pacientes. Por outro lado, outras devem ser realizadas em períodos mais longínquos, mas isso não as classificam com uma menor relevância, mas sim caracteriza que seus achados possuem tempo de evolução arrastado, típico de uma doença crônica.

Controle glicêmico

Consiste em uma das principais formas de acompanhamento da doença. Devido à sua importância, o paciente deve ser instruído e estimulado a realizar as medidas de maneira seriada e organizada para que possa aferir os níveis de açúcares no sangue até mesmo em sua residência. Vale a pena ressaltar que tal estratégia é válida, principalmente, em pacientes insulino dependentes para que haja manejo correto e assertivo do tratamento medicamentoso.

Alterações no estilo de vida e avaliação antropométrica

A avaliação do estilo de vida da pessoa consiste em questionar acerca da alimentação, da prática de exercícios físicos e o da ocorrência, ou não, do tabagismo. Ademais, é importante ressaltar a necessidade constante da realização da avaliação antropométrica do indivíduo, que é obtida após o cálculo do IMC (a fórmula se dá pela seguinte divisão: peso/altura²), ressaltando a necessidade da manutenção da composição corpórea até 24,9 kg/m² ou então uma perda ponderal de 5 a 10% nos casos que apresentem sobrepeso ou obesidade.

Avaliação da pressão arterial sistêmica e do perfil lipídico

A avaliação da pressão arterial é indispensável no acompanhamento do paciente com DM, haja visto que tais doenças possuem quase sempre os mesmos fatores de risco. Sua aferição deve ser realizada sempre que o paciente for atendido em consultas de rotina e, de preferência, por profissionais qualificados para tal procedimento. Sendo assim, a faixa pressórica ideal seria abaixo de 130x80 mmHg. O controle lipídico também deve ser realizado, porém em menor frequência. Algumas metas dos diversos marcadores lipídicos são inerentes aos pacientes que apresentam risco cardiovascular aumentado. São eles:

- Colesterol LDL mantido numa quantidade menor que 100 mg/dL, em pacientes já acometidos por doença vascular e LDL menor que 70 mg/dL em pacientes sem diagnóstico prévio;
- Taxa total de Colesterol Total deve-se manter num nível menor que 200 mg/dL;
- O colesterol HDL numa faixa maior que 45 mg/dL;
- Os triglicérides devem se manter com níveis abaixo de 150 mg/dL.

Avaliação do desenvolvimento de complicações da DM

Uma das principais características das DCNTs é a lesão crônica em diversos órgãos-alvo ao longo do tempo. Essa deterioração, dependendo do tempo decorrido, pode acarretar num déficit de função metabólica dos órgãos atingidos, podendo até mesmo levar à falência funcional do mesmo. Sendo assim, é necessário acompanhar sempre o risco de complicações em todos os pacientes diagnosticados com DM.

A mensuração da função renal deve ser avaliada, sempre levando em conta a Taxa de filtração Glomerular (TFG) e seus intervalos de classificação. Assim, fica recomendada a avaliação anual para pacientes que se classifica em estágio inicial (0) da Doença Renal Crônica (DRC), semestral para pacientes contidos nos estágios 1 e 2 e há necessidade de encaminhamento ao nefrologista para aqueles com diagnóstico de DRC nos estágios 3, 4 e 5.

Outra importante patologia que deve ser acompanhada seriadamente é o temido pé diabético. Ele constitui uma das principais causas de amputação, em pacientes diabéticos, decorrente da vasculopatia associada à doença (Brasileiro *et al.*, 2005). Dessa forma, avalia-se o risco de desenvolvimento de tal complicação, recomendando a avaliação do pé do paciente de acordo com sua classificação, sendo que aqueles que apresentarem maior risco devem ser avaliados de 1 a 3 meses e os que apresentam risco moderado, 3 a 6 meses.

Além do pé diabético, é necessário a avaliação da retina dos pacientes portadores de DM. Sendo assim, quando não há diagnóstico de algum tipo de retinopatia, é recomendado o acompanhamento anual com oftalmologistas para uma avaliação mais especializada. Porém, caso haja algum sinal súbito de perda de visão ou suspeita de outros acometimentos oculares, o indivíduo deve ser atendido em caráter de urgência em centros com atendimento oftalmológico.

Outros cuidados inerentes ao acompanhamento do DM

Devido à multidisciplinaridade presente no tratamento da doença, é imprescindível o envolvimento de outros profissionais da saúde no manejo da DM. Exemplos disso se encontram na necessidade da prevenção de transtornos mentais relacionados ao diagnóstico ou ao tratamento da DM e no manejo bucal dos pacientes através da avaliação de cáries e doença periodontal de maneira anual. Ademais, também é promover questões de planejamento familiar, principalmente nas pacientes portadoras de DM com desejo de engravidar. Tal medida reduz o risco de complicações tanto da mãe quanto da criança, durante o período gestacional e até mesmo no seguimento puerperal.

LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

Como o próprio nome sugere, a Linha de Cuidado a pessoa com HAS também é uma trajetória por onde o usuário vai percorrer dentro da Rede de Atenção à Saúde do município, e traça ainda, um conjunto de informações referentes às estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para esta condição.

O intuito da Linha de Cuidado da HAS é consolidar e qualificar a atenção aos usuários que apresentam esta doença, de forma integral e longitudinal, garantindo que chegue em todos os pontos da rede. Deve ser levado em consideração as necessidades de cada usuário para se estabelecer o cuidado de forma singular, e para que se decida a melhor opção terapêutica ou preventiva, se faz necessário identificar primeiramente os fatores de risco, além de avaliar as condições de saúde e também a necessidade de solicitar exames para realizar um diagnóstico preciso.

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA HAS

O diagnóstico da HAS é realizado por meio da média aritmética da Pressão Arterial (PA) maior ou igual a 140/90 mmHg que deve ser verificada em pelo menos três dias diferentes e com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, sendo assim, se deve somar a média das medidas encontradas no primeiro dia, mais as duas medidas posteriores e dividi-las por três. É importante salientar que apenas um valor elevado em dias isolados, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Dessa forma, a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação contínua dos níveis pressóricos e por isso, se faz necessário muito cuidado ao se fazer o diagnóstico da HAS de maneira correta, pois a doença é uma condição crônica que irá acompanhar o indivíduo por toda a vida.

Para aferir a PA de uma pessoa, o profissional deverá verificar a condição em que a mesma se encontra no momento, já que não se deve realizar o procedimento a fim de monitoramento/controle em situações de estresse, seja físico (dor forte) e/ou emocional (ansiedade, alterações de humor e etc) o que quase sempre apresentará valores elevados. Entretanto, para se obter o diagnóstico da HAS se utiliza, além do monitoramento dos níveis pressóricos, a anamnese, o exame físico e os exames complementares, quando necessário.

A PA pode ser classificada da seguinte forma, para indivíduos maiores de 18 anos, sendo o primeiro valor a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e o segundo a Pressão Arterial Diastólica (PAD):

- Normal - $\leq 120\text{mmHg} \times \leq 80$
- Pré-hipertensão – $121-139 \times 81-89$
- HAS Estágio 1 – $140-159 \times 90-99$
- HAS Estágio 2 – $160-179 \times 100-109$
- HAS Estágio 3 - $\geq 180 \times \geq 110$

Para a interpretação dos valores de PA encontrados em crianças e adolescentes é preciso considerar alguns fatores como idade, sexo e altura. Ainda, existe valores próprios para avaliar esses níveis pressóricos em crianças e adolescentes, os quais podem ser vistos na tabela abaixo:

Quadro 13- Classificação da PA para crianças e adolescentes.

Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Frequência de medida da pressão arterial
Normotenso	PA < percentil 90	Periodicidade da avaliação da PA
Limítrofe	PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80mmHg sempre percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em seis meses durante consulta médica, sempre considerando as instruções de aferição de PA correta
	Percentil 95 a 99 mais 5mmHg	Paciente assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada

Hipertensão Estágio 1		encaminhar para avaliação diagnóstica. Paciente sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica. Considerar realização de Medida Residencial da Pressão Arterial, a fim de identificar quais situações cotidianas podem interferir na alteração da PA
Hipertensão Estágio 2	PA > percentil 99 mais 5mmHg	Recomendar procura a serviço médico de urgência e emergência; posteriormente, considerar encaminhamento à atenção especializada
Hipertensão estágio 3	PAS > 180 mmHg e/ou PAD > 110	Encaminhamento à serviço de urgência e emergência com posterior acompanhamento ambulatorial
Hipertensão do avental branco	PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica	_____

*Para idade, sexo e percentil de estatura.

Fonte: Adaptado de SBC; SBH; SBN, 2010; Brasil, 2013; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

O monitoramento da PA durante alguns dias pode auxiliar ainda no diagnóstico para evitar a chamada síndrome da Hipertensão da Bata Branca (HBB) e/ou da Hipertensão Mascarada (HM), que ocorre quando a PA aferida se apresenta elevada no consultório e normal no mapa realizado no domicílio ou na unidade de saúde em outros momentos. Já na HM, a situação ocorre ao contrário.

O controle de PA durante 24 pode identificar as alterações circadianas, em especial aquelas relacionadas com o período de sono. Dessa forma, se considera elevada a PA quando no monitoramento de 24 horas a pessoa apresentar os seguintes valores:

- PA nas 24 horas \geq 130/80 mmHg, com variação entre os períodos de vigília para \geq 135/85 mmHg e sono para \geq 120/70 mmHg.
- PA monitorada no domicílio, considera-se elevada a PA \geq 135/85 mmHg.

A forma de hipertensão que não possui uma causa atribuível e/ou identificável é conhecida como hipertensão arterial essencial, hipertensão arterial idiopática ou hipertensão primária, sendo o tipo mais comum de hipertensão e afeta cerca de 95% dos

hipertensos no Brasil, enquanto que a HAS secundária, acomete menos de 3% das pessoas com HAS e possui causa definida, a qual necessita de um diagnóstico, já que pode ser facilmente tratável e/ou curável, havendo necessidade muitas vezes de encaminhamento aos especialistas, pois suas causas mais comuns estão ligadas aos rins (parenquimatosa, arterial ou obstrutiva).

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A promoção da saúde está intimamente ligada as ações da APS, e tem como finalidade garantir a qualidade de vida da população, ela ocorre durante todos os ciclos e deve ser tratada como prioridade nos processos de educação em saúde, tanto para os trabalhadores, quanto para a própria população.

Tais ações se iniciam durante a gestação, com os cuidados ao pré-natal, parto e puerpério, passando pelo estímulo ao aleitamento materno, pela a proteção à infância e à adolescência, pela conscientização da exposição aos fatores de risco (como o uso de álcool e tabaco), bem como ao estímulo das práticas de alimentação equilibra e de atividade física, o que deve continuar também na fase adulta, ou seja, em todos os ciclos da vida.

Nesse sentido, a APS deve estar atenta as pessoas da comunidade com maior risco de desenvolverem as DCNT, em especial a HAS. Além disso, é necessário não somente conhecer, mas monitorar aqueles que já possuem a doença, a fim de estratificar os que apresentam maior risco de complicações e necessitam de cuidados contínuos e encaminhamentos aos outros serviços, sejam eles de média ou alta complexidade, facilitando o acesso aos que mais necessitam. É importante que todo adulto (18 anos ou mais), quando estiver na unidade de saúde para qualquer atividade, seja consulta, procedimentos, ações educativas ou etc., deve conter em seu prontuário pelo menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, caso não tenha, a equipe deverá verifica, avaliar e registrar.

A fim de garantir o monitoramento das pessoas com HAS, as equipes de saúde devem organizar uma lista de pacientes que necessitem de acompanhamento regular e intensivo, contendo o nome, cartão SUS, endereço completo, telefone, nome do ACS, acompanhamento de exames e consultas na APS e AAE, plano de cuidado e de medicamentos de uso contínuo. A lista deve ser discutida e analisada nas reuniões de

equipe a cada quadrimestre para verificar as condições dos usuários com HAS, desde o quadro clínico à adesão ao tratamento.

Sendo assim, os fatores de risco são os condicionantes que podem levar ao aparecimento da doença ou a contribuir para a manutenção dos agravos de saúde. A má alimentação, a falta da prática de atividade física, o uso de tabaco e o uso excessivo de álcool aumentam o risco de morte por DCNT. Demais fatores de risco, seguem apresentados abaixo:

Quadro 14- Fatores de risco para HAS.

Fatores de risco não modificáveis
<ul style="list-style-type: none"> • História familiar precoce de doença cardiovascular precoce, levando em consideração a idade do paciente (homens > 55 anos e mulheres > 65 anos); • Prevalência entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra (24,2%)*;
Fatores de risco modificáveis
<ul style="list-style-type: none"> • Excesso de peso: circunferência da cintura > 102 cm nos homens e > 88 cm nas mulheres • Obesidade: índice de massa corporal \geq 30 kg/m²; • Redução de consumo de álcool; • Diminuição da ingestão de sal; • Sedentarismo; • Dislipidemia: triglicérides > 150 mg/dl; LDL-C > 100 mg/dl; HDL-C < 40 mg/dl; • Situações estressantes • Cessação de tabagismo

*A prevalência e a gravidade da HAS na população negra é mais elevada, assim como a incidência de hipertensão arterial maligna, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2016; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

Na avaliação inicial a pessoa com HAS é relevante levantar alguns dados de sua história clínica como:

1. Identificação: sexo, idade, etnia, condição socioeconômica, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.

2. História atual:

- Data aproximada do diagnóstico da HAS e níveis de pressão alterados
- Valores de pressão arterial em avaliações anteriores;
- Adesão e reações adversas aos tratamentos anteriores, motivos de abandono do tratamento;
- Resultado do tratamento atual;
- Participação em atividades de grupo da UBS, modificações realizadas no modo de viver, dúvidas, dificuldades encontradas;

- Uso de medicamentos prescritos, suplementos alimentares, fitoterapia, fórmulas magistrais, reações adversas;
 - Alterações no peso;
 - Como está se sentindo em relação à doença e ao tratamento;
 - Avaliação dietética incluindo: consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína;
 - Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticoesteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios)
3. Existência de outras comorbidades e distúrbios do organismo: sintomas de doença arterial coronária (sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca); doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes mellitus; indícios de hipertensão secundária; gota;
4. Investigação sobre os diferentes aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso características do sono, função sexual, doença pulmonar obstrutiva crônica.
5. História progressiva: antecedentes como episódios de: complicações agudas e avaliações em serviços de urgência; complicações crônicas como gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca.
6. Esquema vacinal.
7. Antecedentes relacionados ao aparelho reprodutor feminino (ginecológicos e obstétricos): infertilidade; história sexual e contraceptiva.
8. Histórico de morbimortalidade na família: acidente vascular encefálico; doença arterial coronariana prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos (de primeiro grau);
9. Estilos de vida e condicionantes: fatores ambientais e psicossociais; atividade física (no lazer, domicílio ou trabalho); tabagismo; uso de álcool ou drogas ilícitas; sintomas de depressão, ansiedade e pânico.
10. Adesão ao tratamento: interrupção no tratamento devido ausência de sinais e sintomas da HAS e por acreditar que não há necessidade para o seu uso, nem de modificar hábitos

relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as complicações provocadas pela doença.

A família e os profissionais de saúde possuem um papel importante no processo do autocuidado da pessoa com HAS para a adesão de seu tratamento. Na família, ao menos uma pessoa precisa estar atenta ao comportamento do hipertenso, para verificar se o mesmo aderiu de fato aos medicamentos ou se apresenta algum tipo de resistência, estando cientes de que a doença tende a piorar quando não há essa adesão. Já os profissionais de saúde devem colaborar para o controle da adesão ao tratamento, bem como garantir e incentivar essa prática. O ACS é quem faz a ponte entre o usuário e a unidade de saúde na maioria das vezes, por estar presente e conhecer a realidade das pessoas de sua micro área, assim ele pode contribuir para agilizar o agendamento de consultas e no controle de medicação, o que colabora para a adesão ao tratamento, já que o sujeito se sente cuidado de alguma forma.

Para a realização da estratificação de risco, o exame físico da pessoa com HAS deve ser detalhado e realizado da seguinte forma:

- Verificação da PA e frequência cardíaca: realizar palpação e ausculta dos pulsos periféricos;
- Avaliação nutricional: verificação de peso e altura (cálculo de IMC) e aferição do perímetro da cintura;
- Inspeção: fácies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária;
- Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de turgescência jugular e palpação de tireoide;
- Exame precordial: íctus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo; arritmias; 3ª bulha, que sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; ou 4ª bulha, que sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo; hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico;
- Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncocal e sibilos;
- Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais;

- Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou retardo do pulso das artérias femorais sugerem coarctação da aorta ou doença arterial periférica;
- Avaliação de edema;
- Exame neurológico;
- Exame de fundoscopia: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.

Importante: O exame de fundoscopia deve ser sempre feito ou solicitado na primeira avaliação, especialmente em pacientes com HAS em estágio 3, que apresentam Diabetes ou Lesão de Órgão Alvo (LOA).

O risco deve ser avaliado sempre de forma individual e para pessoas com HAS, ele auxilia na decisão do tratamento e permite a análise do prognóstico. Assim, na estratificação, deve-se avaliar os fatores de risco e correlacioná-los com os níveis pressóricos:

Quadro 15- Estratificação dos níveis pressóricos.

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 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 lesão em órgão-alvo, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes mellitus.	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2016; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

Para a prática clínica, a estratificação do risco da pessoa com HAS pode ser baseada em duas estratégias diferentes, sendo que na primeira, o objetivo da avaliação é determinar o risco global diretamente relacionado à HAS e nesse caso, a classificação do risco depende dos níveis da PA, dos fatores de risco associados, das LOA e da presença de doença cardiovascular ou doença renal, enquanto que na segunda, o objetivo é determinar o risco de uma pessoa desenvolver doença cardiovascular, em geral, nos próximos 10 anos, mas essa forma de avaliação não é específica para a pessoa com HAS, pois pode ser realizada em qualquer pessoa entre 30 e 74 anos.

É necessário lembrar que a HAS é o principal fator de risco para doença cardiovascular. No entanto, a identificação de doença cardiovascular prévia, doença renal ou Diabetes Mellitus aumenta consideravelmente o risco de eventos cardiovasculares futuros, independente dos valores da PA e a avaliação do risco cardiovascular depende de informações obtidas na histórica clínica, no exame físico e através de exames complementares e recomenda-se a utilização do escore de Framingham, no qual é definido a probabilidade de um indivíduo ter um evento durante um período de tempo, por exemplo, 10 anos.

Quadro 16- Estratificação segundo fator de risco cardiovascular.

Baixo Risco/ Intermediário	Alto Risco	
Tabagismo HAS Obesidade Sedentarismo Sexo masculino Idade > 65 anos História Familiar H < 55a; M < 65a)- Evento cardiovascular prévio	História de AVC prévio (Acidente Vascular Cerebral)	
	História de IAM prévio (Infarto Agudo do Miocárdio)	
	LESÃO DE ÓRGÃO ALVO (cérebro, rins, circulação periférica)	AIT (Ataque Isquêmico Transitório)
		HVE (Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo)
		Nefropatia Retinopatia Aneurisma de aorta abdominal Estenose de Carótida Sintomática
DM (Diabetes Mellitus)		

Fonte: BRASIL, 2010; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

O risco cardiovascular pode ser determinado após se classificar os seus fatores de risco, os quais podem compor um dos três grupos a seguir:

1. Quando apresentar apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o risco cardiovascular, já que ele é considerado como baixo risco cardiovascular, assim, a chance de morrer por AVC ou IAM nos próximos 10 anos é menor que 10%.

2. Quando apresenta ao menos um fator de risco alto cardiovascular, não há necessidade de calcular o risco cardiovascular, já que é considerado como alto risco cardiovascular, a chance de morrer por AVC ou IAM nos próximos 10 anos é maior ou igual a 20%.

3. Quando apresentar mais do que um fator de risco baixo/intermediário, há necessidade de calcular o risco cardiovascular, já que pode mudar para baixo, para alto ou permanecer como risco intermediário.

A estratificação de risco deverá ser realizada pela equipe da Atenção Primária através da anamnese da pessoa com HAS e ainda através da análise dos exames indicados e sua periodicidade, de acordo com a tabela abaixo:

Quadro 17- Sugestão de periodicidade de solicitação de exames.

Periodicidade da realização de exames de acordo com a estratificação de risco			
Exames	Baixo Risco	Risco Intermediário	Alto Risco
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Anual	Anual
Hemoglobina glicada	Semestral	Semestral	Semestral
Ácido Úrico ***	Anual	Anual	Anual
Creatinina	Anual	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (varia de acordo com a composição corporal, idade e raça)	Anual	Anual	Semestral
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL- Colesterol (cálculo**)	Anual	Anual	Anual
HDL- Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio ***	Anual	Anual	Semestral, se creatinina normal
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24			
Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina	_____	Anual	Anual
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

**Estimar através da tabela de Taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI*

****Calcular o LDL- colesterol quando triglicerídeos < 400 mg/dL pela fórmula: LDL- colesterol= colesterol total -HDL- colesterol – triglicerídeos/5 em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau de alteração.**

***** Considerar avaliação dos parâmetros com maior periodicidade quando houver instituição do tratamento medicamentoso. Alguns anti-hipertensivos podem depletar potássio ou aumentar os níveis séricos de ácido úrico.**

Fonte: Adaptado de Linha Guia DM Paraná, 2018; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

A periodicidade das consultas pode ser determinada a partir da estratificação de risco ou das particularidades de cada indivíduo, mas na tabela a seguir sugere-se de acordo com o escore de Framingham, sendo que na categoria de baixo risco, indica-se a consulta anual com o médico, enfermeiro e dentista, enquanto aqueles com risco moderado deverão realizar consulta médica e de enfermagem a cada semestre e com o dentista a cada ano. No entanto, as pessoas com risco alto deverão ser acompanhadas pelo médico e enfermeiro a cada quadrimestral e com o dentista uma vez no ano.

Quadro 18- Sugestão de periodicidade de consulta de acompanhamento na APS.

Categoria	Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos	Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica
Baixo	< 10%	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)
Moderado	10-20%	Semestral (2x/ano)	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)
Alto	20%	Trimestral (3x/ano)	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)

Fonte: BRASIL, 2013; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

FLUXO ASSISTENCIAL

A APS é a porta de entrada do SUS, sendo as UBS as responsáveis por realizar o acolhimento dos usuários no primeiro momento. O fluxograma da Linha de Cuidado de HAS inicia a partir de então, com o acolhimento e avaliação multiprofissional, estabelecimento do diagnóstico, e com a classificação de risco.

No entanto, toda a comunidade deve estar inserida nos processos de promoção e prevenção à saúde e as UBS devem integrar outros setores a esses processos, como as

secretarias de educação e assistência social, os estimulando e estabelecendo vínculos para o desenvolvimento de ações no território, nas quais ocorram a busca e identificação de indivíduos com risco para o desenvolvimento de HAS ou então que já possuam a doença, mas não são acompanhados nos serviços de saúde.

Outro ator importante nesse processo, é o ACS, tem um papel fundamental na identificação e no encaminhamento dos pacientes com risco para a doença, para avaliação nas UBS. O ACS ao realizar a visita domiciliar, levanta dados importantes do histórico da pessoa, como por exemplo, a existência de familiares de primeiro grau com HAS, e ainda, da condição em que se apresenta atualmente como o sobrepeso/obesidade, além de outros sinais e sintomas que eles possam relatar. Ao identificar algum indicativo de HAS, o ACS deverá encaminhar a pessoa para acolhimento na UBS ou então, solicitar que seja realizado atendimento domiciliar quando houver a necessidade. Após essas pessoas poderão ser encaminhadas para avaliação médica e orientadas quanto as medidas de promoção da saúde e prevenção da HAS ou serão inseridas para o atendimento de acordo com a linha de cuidado.

Na APS, a criação de vínculo dos trabalhadores com o portador da doença, bem como com seus familiares é um ponto excepcional para atenção à sua saúde, tanto na prevenção do adoecimento, quanto no apoio ao encorajamento para os cuidados da pessoa com HAS. A pessoa não pode estar ou se sentir sozinha em meio ao processo de saúde-doença, somente com o apoio dos familiares, cuidadores e dos serviços de saúde, é possível desenvolver as mudanças no estilo de vida. É importante promover a adesão ao tratamento e reforçar e conscientizar a população sobre os fatores de risco e estratégias de prevenção primária de AVC, pois a doença tem como primeira causa a HAS e apenas de 30- 40% dos pacientes com AVC são hospitalizados dentro de 4 horas após o início dos sintomas.

Contudo, dados estatísticos apresentam o aumento global no custo relacionado ao AVC, sendo que uma das principais razões é o aumento da prevalência, a qual resultará da queda nas taxas de mortalidade. Existem poucos dados com relação aos custos de AVC em países de baixa e média renda, mas em países de alta renda, esse gasto gira em torno de 3% do orçamento do governo. Nesse valor estão inclusos os custos hospitalares e ainda aqueles indiretos devido a perdas de produtividade e mortalidade prematura. Estima-se também que os custos hospitalares representem entre 28% e 83% do custo total dos

acidentes vasculares cerebrais, sendo o percentual determinado em grande parte pelo método de cálculo usado para os custos sociais.

A partir do atendimento e do diagnóstico com a classificação de risco para a HAS, as pessoas são inseridas no fluxo da Linha de Cuidado a seguir:

Figura 3- Fluxo de acolhimento na APS/UBS à pessoa com HAS



Fonte: Adaptado de Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, Brasil, 2018; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS

Na perspectiva de contextualizar o cuidado ao usuário, que apresenta HAS, é necessário destacar os medicamentos que estão registrados na REMUME, no site da Prefeitura Municipal de Criciúma, no link <https://www.criciuma.sc.gov.br/site/> em “serviços” e “medicamentos disponíveis no SUS”. Neste local podem ser visualizados todos os medicamentos fornecidos na rede municipal de saúde, bem como em quais unidades e/ou pontos da rede esses medicamentos podem ser encontrados.

Abaixo encontram-se os medicamentos disponíveis na Rede Municipal de Saúde de Criciúma para o tratamento de HAS, bem como a concentração, apresentação e classe terapêutica dos mesmos:

Quadro 19- Relação de medicamentos do Município de Criciúma- Santa Catarina.

MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	CLASSE TERAPÊUTICA
Amiodarona, cloridrato	200 mg	comprimido	Antiarritmico
Anlodipino, besilato	5 mg	comprimido	Bloqueadores dos canais de cálcio (Dihidropiridinas)
Atenolol	50 mg	comprimido	Betabloqueadores
Captopril	25 mg	comprimido	Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)
Carvedilol	3,25 mg	comprimido	Alfa-beta bloqueadores
Carvedilol	6,25 mg	comprimido	Alfa-beta bloqueadores
Carvedilol	12 mg	comprimido	Alfa-beta bloqueadores
Carvedilol	25 mg	comprimido	Alfa-beta bloqueadores
Digoxina	0,25mg	comprimido	Digitálico
Enalapril, maleato	5 mg	comprimido	Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)
Enalapril, maleato	10 mg	comprimido	Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)
Enalapril, maleato	20 mg	comprimido	Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)
Espironolactona	25 mg	comprimido	Diuréticos poupadores de potássio
Furosemida	40 mg	comprimido	Diuréticos de alça
Furosemida	10mg/ml	Solução injetável IM/IV	Diuréticos de alça
Hidroclorotiazida	25 mg	comprimido	Diuréticos tiazídicos ou do tipo tiazida
Isossorbida, dinitrato	5 mg	comprimido sublingual	Antianginoso
Isossorbida, mononitrato	20 mg	comprimido	Antianginoso
Isossorbida, mononitrato	40 mg	comprimido	Antianginoso
Losartana potássica	50 mg	comprimido	Bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRAs)
Metildopa	250 mg	comprimido	Alfa-agonistas de ação central
Nifedipino	10 mg	comprimido	Bloqueadores dos canais de cálcio (Dihidropiridinas)

Nifedipino	20 mg	Comprimido retard	Bloqueadores dos canais de cálcio (Dihidropiridinas)
Propranolol, cloridrato	40 mg	comprimido	Betabloqueadores
Verapamil, cloridrato	80 mg	comprimido	Bloqueadores dos canais de cálcio (Não dihidropiridinas)

Fonte: Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) de Criciúma.

ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Os profissionais possuem funções específicas de acordo com sua formação e função, mas nos serviços de saúde algumas atribuições são comuns a todos, como por exemplo: a coordenação do cuidado na APS; a participação nas ações educativas e na abordagem integral do processo saúde-doença com atividades voltadas à promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação; a estimulação do autocuidado e o monitoramento da adesão ao plano de cuidado proposto, a disponibilidade para a formulação de plano de cuidado em toda a RAS, a execução do trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar; a realização da estratificação de risco para identificar os casos que exigem maior atenção; a contribuição para definir o fluxo mais adequado para cada situação e a otimização dos recursos disponíveis.

Além do trabalho realizado em conjunto, esse processo deve ser desenvolvido com particularidades a cada categoria, ou seja, cada profissional deve atuar de acordo com sua função nos diferentes pontos de atenção à saúde.

As atribuições dos profissionais na APS, estão divididas da seguinte forma:

Divisão dos profissionais dentro das Unidades Básicas de Saúde, adaptado da Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica do Estado de Santa Catarina.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Agende Comunitário de Saúde- ACS
	- Realizar Visita domiciliar de identificação, cadastro e acompanhamento das pessoas da comunidade;
	- Orientar a comunidade sobre aspectos gerais de promoção da saúde;
	- Identificar na população em geral pessoas com fatores de risco para HAS;
	- Discutir em reunião de equipe as pessoas identificadas com fatores de risco para HAS para organização do cuidado;
- Realizar e atualizar o cadastro dos usuários com HAS;	

	- Estimular e reforçar orientações do plano de cuidados dos usuários com HAS;
	- Registrar todas as visitas, intercorrências, e internações hospitalares.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Auxiliar/Técnico de Enfermagem
	- Orientar as pessoas da comunidade sobre aspectos gerais de promoção da saúde;
	- Agendar e reagendar consultas médicas e de enfermagem para os casos indicados;
	- Registrar anotações do seu atendimento e técnicas realizadas na ficha da pessoa com HAS;
	- Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência;
	- Acolher a pessoa com HAS que procura a unidade sem agendamento prévio;
	- Encaminhar para o atendimento de enfermagem as pessoas com HAS.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Enfermeiro
	- Realizar consulta de enfermagem (de acordo com protocolo ministerial ou outro) com estratificação de risco;
	- Orientar o autocuidado e monitorar o tratamento de pacientes com HAS;
	- Acompanhar e monitorar todos os pacientes com HAS de médio e alto risco (lista de pacientes por equipe);
	- Estabelecer junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento e participação de grupos;
	- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde;
	- Promover educação em saúde.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Médico
	- Realizar consulta com estratificação de risco para diagnóstico de HAS e seguimento;
	- Solicitar exames complementares mínimos estabelecidos nos consensos e quando necessário;
	- Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso;
	- Prescrever tratamento não medicamentoso (o que inclui, avaliação da capacidade para a realização de atividade física, tendo como referência estado geral e comorbidades) e medicamentoso;
	- Participar de reuniões de equipe para acompanhamento de pessoas com HAS;

	- Encaminhar para a unidade de referência secundária (AAE) as pessoas com HAS de acordo com a avaliação clínica;
	- Encaminhar para a unidade de referência secundária (AAE) os casos de mulheres HAS gestacional, gestantes com HAS e que necessitam de consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc);
	- Motivar o paciente para o processo de educação e saúde que auxilie a pessoa com HAS a conviver melhor com a sua condição crônica, desenvolvendo habilidades para superar os problemas e se responsabilizar pelo autocuidado;
	- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde;
	- Promover educação em saúde.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Cirurgião Dentista
	- Realizar o cuidado em saúde bucal da pessoa com HAS;
	- Orientar a equipe sobre os cuidados em saúde bucal de pessoas com HAS;
	- Participar de reuniões de equipe para acompanhamento de pessoas com HAS;
	- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde;
	- Promover educação em saúde.

Divisão dos profissionais dentro Atenção Primária à Saúde- NASF AB, adaptado da Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica do Estado de Santa Catarina.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Fisioterapeuta
	- Realizar o trabalho na perspectiva da atenção continuada, compartilhada em grupos operativos e de práticas corporais;
	- Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado (matriciamento) de pessoas com HAS;
	- Promover atividades nas Academias da Saúde e apoiar os grupos de práticas corporais;
	- Participar das reuniões de equipe para a realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente;
	- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde;
	- Promover educação em saúde.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL	Farmacêutico
	- Realizar trabalho integrado com a equipe de saúde no atendimento as pessoas com HAS;

DIAGRAMAÇÃO	- Dispensar medicamentos com apresentação de receita de acordo com a prescrição;
	- Orientar sobre o uso correto das medicações, efeitos colaterais e interações medicamentosas;
	- Participar das reuniões de equipe para a realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente;
	- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde;
	- Promover educação em saúde.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Nutricionista
	- Realizar atendimento individual para pessoas com HAS encaminhadas pela equipe;
	- Prescrever e acompanhar o plano nutricional para pessoas com DM encaminhadas pela equipe;
	- Promover educação nutricional em grupo para crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade e suas famílias;
	- Realizar e/ou acompanhar outros profissionais da equipe nas atividades voltadas para alimentação saudável;
	- Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado (matriciamento) de pessoas com HAS;
	- Participar das reuniões de equipe para a realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente;
	- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde;
- Promover educação em saúde.	

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Profissional de Educação Física
	- Desenvolver atividades em grupo para a promoção e integração social, melhoria da aptidão física e capacidade funcional;
	- Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado (matriciamento) de pessoas com HAS;
	- Organizar atividades físicas, em parceria com a equipe, de acordo com a gravidade da HAS;
	- Promover atividades nas Academias de Saúde e apoiar os grupos de práticas corporais;
- Participar de grupos de reeducação alimentar para crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de sobrepeso e suas famílias, bem como de outros grupos;	

	- Realizar atendimento individual para pessoas com HAS encaminhadas pela equipe;
	- Participar das reuniões de equipe para realização do plano de cuidado e atividades de educação permanente;
	- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde;
	- Promover educação em saúde.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Psicólogo
	- Desenvolver capacitações com a equipe multidisciplinar para o acolhimento e escuta;
	- Colaborar com a equipe multiprofissional da APS na organização do plano de cuidado (matriciamento) de pessoas com HAS;
	- Realizar Grupo de Apoio Psicológico para pessoas com HAS encaminhadas pela equipe;
	- Participar de grupos de reeducação alimentar para crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade e suas famílias bem como de outros grupos;
	- Realizar atendimento psicológico individual para pessoas com HAS encaminhadas pela equipe;
	- Participar das reuniões de equipe para realização do plano de cuidado e atividades de educação permanente;
	- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde;
	- Promover educação em saúde.

Divisão dos profissionais da Atenção Ambulatorial Especializada, adaptado da Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica do Estado de Santa Catarina.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Cardiologista
	- Avaliar e confirmar a estratificação de risco da pessoa com HAS;
	- Identificar e explicitar no plano de cuidado de cada pessoa com HAS os seus fatores de risco cardiovascular;
	- Tratar as comorbidades cardiológicas (insuficiência cardíaca, etc.);
	- Solicitar e realizar os exames cardiológicos conforme cada indicação;
	- Instituir terapêutica específica de prevenção secundária e terciária se for o caso;
	- Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional o plano de cuidado;
	- Pactuar com o usuário as metas do plano de autocuidado;
	- Registrar as informações no prontuário;

	- Organizar com a equipe multiprofissional as atividades de educação permanente a serem realizadas com a equipe da APS/NASF- AB;
	- Elaborar junto com a equipe multiprofissional as atividades de educação em saúde desenvolvidas na AAE;
	- Promover educação em saúde.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Oftalmologista
	- Identificar e tratar as complicações da HAS;
	- Solicitar e realizar os exames complementares necessários, quando indicado;
	- Elaborar o plano de cuidado da pessoa com HAS;
	- Promover educação em saúde.

COLOCAR FIGURA PROFISSIONAL DIAGRAMAÇÃO	Assistente Social
	- Obter dados psicossociais que auxiliem no tratamento;
	- Promover a garantia de direitos da pessoa com HAS;
	- Elaborar em conjunto com a equipe multiprofissional o plano de cuidados;
	- Pactuar com a pessoa com HAS as metas do plano de autocuidado;
	- Registrar as informações no prontuário;
	- Organizar com a equipe multiprofissional as atividades de educação permanente a serem realizadas com a equipe da APS/NASF-AB;
	- Elaborar junto com a equipe multiprofissional as atividades de educação em saúde desenvolvidas na AAE;
	- Promover educação em saúde.

TECNOLOGIAS DE CUIDADO SUGERIDAS PARA A LINHA DE CUIDADO HAS

O processo, no qual as pessoas desenvolvem o conhecimento sobre saúde/ doença, as ações de autocuidado, a promoção da saúde e prevenção dos riscos é o que caracteriza a educação em saúde. Tudo isso deve ser determinado a partir das experiências vivenciadas e na realidade de cada pessoa com HAS, as ressignificando e construindo o que chamamos de aprendizagem.

Sendo assim, deve ser buscado estratégias educativas de acordo com as características das pessoas com HAS, considerando os recursos disponíveis e visando qual é o objetivo educativo desejado. Pode ser utilizado abordagens individuais e coletivas de forma complementar.

Nesse processo, é importante que a equipe envolva as pessoas com HAS na implementação do seu plano de cuidado, para que elas desenvolvam suas capacidades e seus potenciais, e compreendam suas particularidades (idade, estilo de vida, condições cotidianas e etc.), a fim de melhorar sua qualidade de vida.

ATENÇÃO CONTÍNUA

A atenção contínua é o acompanhamento multiprofissional, ou seja, aquele realizado por vários profissionais para manter o cuidado as pessoas com HAS, que no primeiro atendimento com a aplicação de estratificação de risco, não se encontrem em situações agudizadas.

O atendimento a pessoa com HAS deve ser realizado de forma individual e sequenciada pela equipe multiprofissional para a elaboração do plano de cuidados. O plano de cuidados deve ser apresentado e pactuado com o paciente para a implementação das ações e efetivação terapêutica.

Figura 4- Plano de Cuidado a pessoas com HAS



Fonte: Adaptado de Paraná, 2018; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

ATENÇÃO COMPARTILHADA EM GRUPO

Os usuários de saúde podem ser atendidos de forma coletiva pela equipe multiprofissional, a qual verifica a semelhança entre os casos, se os mesmos estão estáveis e podem participar das atividades de grupo. Assim, essas atividades visam a troca de experiências entre as pessoas, contribuindo no processo para a elaboração e monitoramento do plano de cuidado de cada indivíduo. Nesse tipo de intervenção, os profissionais participam como coadjuvantes e não realizam palestras, permitindo que os pacientes interajam entre si. Tal prática é utilizada geralmente na APS, mas pode ser realizada também em outros níveis de atenção, considerando sempre a estabilidade da doença.

GRUPO OPERATIVO

O grupo operativo pode ser utilizado com o intuito de provocar a mudança de hábitos de um determinado grupo. Deve ter duração, temas, atividade e objetivos definidos e mensuráveis, para que possa gerar a construção de vínculo e trocas de conhecimentos sobre qualidade de vida e processo saúde-doença. Para este tipo de intervenção, também não há a realização de palestras, mas é necessário um coordenador e um observador com habilidades para conduzir o trabalho.

PLANO DE CUIDADO

É o instrumento indispensável para o manejo das condições crônicas, capaz de permitir o cuidado multiprofissional e interdisciplinar, além de agregar o cuidado profissional ao autocuidado. Tem como objetivo modificar o processo de intervenção da assistência prescritiva para o cuidado participativo. É composto por um roteiro compartilhado entre usuário, atenção primária e secundária, no qual consta o diagnóstico integral, a definição terapêutica, e as intervenções para a manutenção e reabilitação da saúde. Pode ser indicado à pessoa com fatores de risco modificáveis e com condições crônicas que necessitem de cuidados individualizados. Para este processo, são desenvolvidas ações de cuidado da equipe e de autocuidado do paciente.

Para a efetivação do plano de cuidado, a pessoa com HAS deve ter uma cópia do documento para que possa segui-lo de maneira adequada, sendo esse é de sua propriedade. O plano de cuidado deve ser elaborado em conjunto pelas equipes da APS e AAE, para adequar à realidade de cada local. Ainda, devem registrar e atualizar o documento no

prontuário, a fim de garantir que as informações sejam compartilhadas nos diferentes níveis de atenção.

AUTOCUIDADO APOIADO

É o processo de educação em saúde que promove o estímulo ao autocuidado pelo paciente e é indicado aos usuários que necessitem e tenham interesse em mudar os hábitos de vida. Para isso, é fundamental as seguintes etapas:

- Avaliação do conhecimento;
- Aplicação da entrevista para avaliar a prontidão para a mudança;
- Aconselhamento e orientação;
- Elaboração do Acordo do plano de ação com metas;
- Assistência e acompanhamento periódico do processo de mudança

PRÁTICAS INTEGRATIVAS

De acordo com o Ministério da Saúde, as práticas integrativas e complementares devem ser inseridas como estratégias para a promoção e prevenção de condições crônicas como a hipertensão, assim, existem diversas práticas integrativas que podem complementar o tratamento farmacológico.

No município de Criciúma contamos com o NUPICS, que é o Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, o qual faz parte do Complexo Santo Agostinho, localizado na R. Luís Pirola de Noé, 150 Vila Isabel/Rio Maina e conta com as seguintes práticas: Antroposofia aplicada à Saúde; Auriculoterapia; Aromaterapia; Bioenergética; Biodança; Cromoterapia; Geoterapia; Massoterapia integrativa; Moxaterapia; Meditação; Naturopatia; Ventosaterapia; Plantas medicinais e fitoterapia; Reiki/Imposição de mãos; Terapia comunitária integrativa; Terapia dos Florais e Práticas corporais como Yoga, Dança Circular, Tai Chi Chuan, Lian Gon.

PLANO DE CUIDADO DA PESSOA COM HAS

Para assegurar o melhor cuidado possível no manejo da pessoa com HAS, é necessário monitorar algumas questões no contexto em que esse cuidado é fornecido.

Quadro 20- Aspectos relevantes para o plano de cuidado à pessoa com HAS.

ASPECTO DO PLANO	OBJETIVOS E METAS	ORIENTAÇÕES DE CUIDADO
HÁBITOS DE VIDA	Alimentação saudável, prática regular de atividade e abstinência de fumo	Em todas as avaliações de saúde
MEDIDAS CORPORAIS	Manter o peso saudável: IMC até 24,9 Kg/m ² OU perda de 5 a 10% do peso se houver sobrepeso ou obesidade Manter circunferência abdominal < 80 cm em mulheres e < 94 cm em homens ou redução se houver sobrepeso ou obesidade	Em todas as avaliações de saúde
PRESSÃO ARTERIAL	< 140/90 mmHg	Em todas as avaliações de saúde
CONTROLE LIPÍDICO	Colesterol total: < 200 mg/dL LDL- Colesterol: < 100 mg/dL (se doença vascular presente, LDL < 70 mmHg) HDL- colesterol: > 45 mg/dL Triglicérides: < 150 mg/dL	Anual- principalmente se idade > 40 anos, com FRCV ou dislipidemia (após controle lipídico)
FUNÇÃO RENAL	TFG > 90 ml/min e relação albumina-creatinina < 30 mg/g em urina)	Anual, semestral e/ou especialista, conforme necessidade. Estágios 1,2 e 3
SAÚDE MENTAL	Prevenção ou tratamento de transtornos mentais associados	Estratificação de risco de saúde mental anual (Linha de Cuidado de Saúde Mental)
SAÚDE BUCAL	Prevenção ou tratamento de cáries e doença periodontal	Estratificação de risco de saúde bucal anual (Linha de Cuidado de Saúde Bucal)
PLANEJAMENTO FAMILIAR	Promover o planejamento familiar Reduzir o risco de complicações materno-infantis	Orientar sobre a importância do planejamento da gravidez Conversar sobre risco gestacional e indicar métodos contraceptivos

Fonte: Adaptado de Brasil, 2006; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

O tratamento não medicamentoso é fundamental para o controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, como obesidade e dislipidemia por exemplo, pois envolve mudanças no estilo de vida, as quais devem ser inseridas no cotidiano das pessoas com HAS. Essas modificações no estilo de vida podem retardar o aparecimento da HAS para as pessoas que apresentam a pressão limítrofe, tendo um impacto favorável nos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento ou agravamento da doença.

Dentre as modificações necessárias, destaca-se a redução do consumo de bebidas alcoólicas, uma vez que o álcool é reconhecido como um fator de risco para a HAS e pode dificultar o controle da doença. Além disso, a substituição de anticoncepcionais

hormonais orais por outros métodos contraceptivos também contribui para a redução da pressão arterial em mulheres com HAS. É importante oferecer apoio às pessoas com HAS e que são fumantes para que elas possam abandonar esse hábito, uma vez que o tabagismo aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias e contribui para a progressão da insuficiência renal. O tabagismo é a principal causa evitável de doença e morte relacionadas aos problemas cardiovasculares, dessa forma é responsável por uma parcela significativa destas mortes por doenças coronarianas e cerebrovasculares. A cessação do tabagismo pode resultar em uma rápida redução do risco de doença coronariana em até 35% a 40%, para isso é fundamental que haja apoio da família, da comunidade e da equipe de saúde, por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas, para garantir uma boa resposta terapêutica. Além disso, outras modificações essenciais no estilo de vida incluem o controle de peso, uma alimentação saudável, a redução do consumo de sódio e a prática regular de atividade física.

Quadro 21- Modificações de estilo de vida e redução aproximada da PAS.

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS²
Controle do peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH ³	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2000 mg. Equivalente a 5g de sal/dia: utilizar no máximo 3 colheres de café rasas de sal, 2g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas. Os exercícios devem contabilizar 150 min/semana para serem considerados efetivos no acompanhamento do paciente hipertenso.	4 a 9 mmHg
<p><i>1 Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular;</i> <i>2 Pode haver efeito aditivo para algumas medidas adotadas;</i> <i>3 A dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) prioriza o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura. Inclui cereais integrais, frango, peixe e oleaginosas. Baixa ingestão de carne vermelha, doces e bebidas açucaradas (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão).</i></p>		

Fonte: Adaptado de Paraná, 2018; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

Padrão alimentar

Assumir um padrão alimentar saudável e sustentável é evidentemente fundamental na prevenção e tratamento da HAS. Atualmente, o enfoque em um único nutriente ou alimento tem sido substituído pela análise do padrão alimentar global, que

considera a interação sinérgica entre os nutrientes e alimentos. A educação em saúde e o apoio familiar são essenciais nesse processo, uma vez que requer uma mudança de hábitos diários e a revisão da cultura alimentar do grupo familiar. A participação dos membros familiares pode tornar esse processo mais leve e eficaz. A equipe de saúde tem a responsabilidade de desenvolver estratégias educativas que respeitem a diversidade cultural, incorporando-a de maneira saudável. Existem abordagens individuais e coletivas, como consultas, visitas, orientações, grupos operativos e oficinas, que podem ser utilizadas para esse fim. Durante as consultas médicas ou de enfermagem, o primeiro passo é realizar a avaliação nutricional e do consumo alimentar, com o objetivo de identificar o estado nutricional e possíveis inadequações na alimentação. A investigação da condição nutricional, incluindo aferição da circunferência da cintura, direciona as próximas etapas. A intervenção nutricional tem como objetivos gerais a prevenção primária e secundária da HAS, e como objetivos específicos:

- Redução dos níveis de pressão arterial, permitindo a redução da quantidade de medicamentos utilizados na terapia medicamentosa.
- Manutenção do peso corporal, redução da obesidade visceral e perda de peso nos casos de sobrepeso e obesidade.
- Ajuste do consumo energético, macronutrientes e micronutrientes de acordo com as necessidades individuais.
- Valorização dos hábitos alimentares e da cultura alimentar, promovendo ações de reeducação alimentar para possibilitar mudanças de hábitos sustentáveis a longo prazo.
- Prevenção ou retardamento de complicações associadas aos hábitos e padrões alimentares.

É importante ressaltar que essas recomendações são baseadas em diretrizes nacionais.

Redução do consumo de sal

O consumo excessivo de sódio está associado ao aumento da pressão arterial. No Brasil, a ingestão de sódio é mais que o dobro da quantidade diária recomendada, sendo essencial reduzir seu consumo para diminuir o risco de desenvolvimento de HAS, doenças cardiovasculares e problemas renais. A OMS recomenda um consumo máximo de 2000 mg de sódio por dia, o que equivale a 5 g de sal. (PARANÁ, 2018; MALACHIAS et al., 2016).

Para reduzir o consumo de sódio, podem ser seguidos quatro passos:

- 1) Cozinhar com menos sal e evitar o uso do saleiro à mesa.
- 2) Evitar o consumo de alimentos industrializados ricos em sódio, como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, alimentos defumados, conservas, enlatados, molhos e temperos prontos, shoyo, caldos de carne, refeições congeladas, sopas desidratadas, macarrão instantâneo ou similares.
- 3) Verificar a quantidade de sódio por porção na tabela nutricional dos alimentos e dar preferência aos alimentos com menor teor de sódio.
- 4) Utilizar temperos naturais para realçar o sabor dos alimentos, como cheiro verde, alho, açafrão, alecrim, coentro, louro, hortelã, manjeriço, manjerona, orégano, pimentão, salsinha, sálvia, vinagre, limão e cebola. (PARANÁ, 2018).

Referências:

Exercício físico

A prática regular de atividade física, combinada a uma alimentação saudável, desempenha um papel fundamental na promoção e manutenção da saúde física e mental. Além de reduzir a pressão arterial e melhorar o controle dos níveis lipídicos e glicêmicos, a atividade física também reduz significativamente o risco de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral e mortalidade em geral, além de facilitar o controle do peso. Estudos demonstram que indivíduos ativos têm um risco 30% menor de desenvolver HAS em comparação aos sedentários, e o aumento da atividade física diária leva à redução da pressão arterial. (PARANÁ, 2018; MALACHIAS et al., 2016).

As recomendações para a prática de atividade física são baseadas em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. É recomendado que as pessoas incorporem atividades físicas em suas rotinas diárias, como caminhar, subir escadas e realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, totalizando pelo menos 150 minutos por semana, o que equivale a pelo menos 30 minutos por dia. Essa quantidade de tempo pode ser acumulada em uma única sessão ou dividida em duas sessões de 15 minutos ou três sessões de 10 minutos por dia. Para a maioria das pessoas com HAS, não é necessária uma avaliação cardiorrespiratória de esforço antes de iniciar exercícios físicos de intensidade moderada. No entanto, é recomendado que pessoas com níveis mais elevados de pressão arterial, presença de fatores de risco adicionais, diabetes, lesões em órgãos-alvo ou doenças cardíacas realizem um teste ergométrico antes de iniciar exercícios físicos moderados. Além disso, qualquer pessoa com HAS que planeje se envolver em

esportes competitivos ou exercícios de alta performance deve passar por uma avaliação cardiovascular completa. (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2018; MALACHIAS et al., 2016). Um programa de exercícios físicos deve ser estruturado com base em uma prescrição individualizada e recomendar atividades aeróbicas prazerosas, como caminhadas, passeios de bicicleta, jogos em grupo e danças, que ajudam a melhorar a motivação e a adesão ao programa. É importante realizar reavaliações periódicas para avaliar o impacto da atividade física regular sobre a pressão arterial e as comorbidades, além de identificar possíveis dificuldades na realização das atividades e fornecer orientações adicionais, conforme necessário. (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2018; MALACHIAS et al., 2016).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Um dos desafios enfrentados pelas equipes de Atenção Primária à Saúde é iniciar o tratamento e garantir o acompanhamento regular das pessoas diagnosticadas com HAS, incentivando a adesão tanto ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso. Em casos de risco médio ou alto, independentemente dos níveis de pressão arterial, é recomendada uma abordagem combinada (medicamentosa e não medicamentosa) para alcançar as metas estabelecidas o mais cedo possível. Para pessoas com alto risco cardiovascular ou pressão arterial $\geq 160/100$ mmHg, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico. A escolha dos medicamentos envolve diversas classes farmacológicas, levando em consideração as necessidades individuais, como a presença de comorbidades, lesões em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Devido à natureza multifatorial da hipertensão arterial, muitas vezes é necessário combinar dois ou mais anti-hipertensivos para alcançar o controle adequado. (BRASIL, 2013).

Quadro 22- Indicações das classes medicamentosas.

Indicações	Classe Medicamentosa
Insuficiência Cardíaca	Diuréticos, betabloqueadores, inibidores de enzima conversora angiotensina ou antagonistas da angiotensina II, antagonistas de aldosterona
Pós-infarto do Miocárdio	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da aldosterona
Alto Risco para Doença Coronariana	Betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio

Diabetes	Inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio
Doença Renal Crônica	Inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas da angiotensina II
Prevenção de recorrência de Acidente Vascular Encefálico (AVE)	Diurético, Inibidores da enzima conversora de angiotensina
Hipertensão Sistólica isolada em idosos	Diuréticos (preferencialmente) ou bloqueadores dos canais de cálcio

Fonte: Adaptado de GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., 2012; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, 2019.

PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

AGENTES ANTI-HIPERTENSIVOS

Diversos medicamentos pertencentes às diferentes classes de anti-hipertensivos disponíveis podem ser utilizados para o tratamento da HAS, levando em consideração as indicações e contraindicações específicas de cada caso. É importante destacar que a prevalência e gravidade da HAS podem ser maiores na população negra, possivelmente relacionadas a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. No entanto, no Brasil, onde predomina uma população miscigenada, as características da HAS podem diferir em relação à população negra. Nesse sentido, para pessoas negras, desde que não haja contraindicações, a opção mais racional é o uso de diuréticos e bloqueadores de canais de cálcio. (BRASIL, 2013).

Existem cinco principais classes de medicamentos que possuem ação terapêutica por meio de diferentes mecanismos que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial, reduzindo comprovadamente a pressão arterial e a incidência de eventos cardiovasculares. São elas:

1) Diuréticos: Os diuréticos têm sido recomendados como a primeira opção anti-hipertensiva na maioria das pessoas com HAS, devido ao seu baixo custo e ampla experiência de uso. Esses medicamentos têm demonstrado benefícios na redução de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais graves. Eles devem ser prescritos como monoterapia inicial, especialmente para pessoas com HAS em estágio 1 que não responderam às medidas não medicamentosas. No entanto, a monoterapia inicial é eficaz apenas em cerca de 40% a 50% dos casos, e muitas pessoas necessitam da associação de um anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da ECA, betabloqueadores ou antagonistas de cálcio.

2) Inibidores adrenérgicos: Essa classe inclui os betas bloqueadores e os alfas bloqueadores.

AGENTES ANTI-HIPERTENSIVOS

Existem cinco classes principais de medicamentos que exercem ação terapêutica por meio de distintos mecanismos, interferindo na fisiopatologia da hipertensão arterial HAS e reduzindo comprovadamente a pressão arterial e a incidência de eventos cardiovasculares.

1) Diuréticos: Recomendados como primeira opção anti-hipertensiva devido ao baixo custo e ampla experiência de uso. Beneficiam na redução de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais graves. São prescritos como monoterapia inicial, especialmente para pessoas com HAS em estágio 1 que não responderam às medidas não medicamentosas. Entretanto, a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40% a 50% dos casos, sendo muitas vezes necessário combinar com outros anti-hipertensivos, como inibidores da ECA, betabloqueadores e antagonistas de cálcio.

2) Inibidores adrenérgicos: Compreendem os bloqueadores beta e os bloqueadores alfa. Reduzem a resistência periférica total por meio do antagonismo competitivo com as catecolaminas nos receptores alfa-1 adrenérgicos, resultando em vasodilatação. Podem causar hipotensão postural, principalmente após a primeira dose. O tratamento prolongado pode levar à tolerância ao efeito anti-hipertensivo. Esses medicamentos têm sido eficazes e bem tolerados no tratamento da hipertensão, frequentemente administrados em combinação com diuréticos ou vasodilatadores.

3) Vasodilatadores diretos: Relaxam a musculatura lisa dos vasos, diminuindo a resistência vascular sistêmica. No entanto, a redução na resistência arterial e na pressão arterial média desencadeia respostas compensatórias mediadas por barorreceptores, sistema nervoso simpático, renina, angiotensina e aldosterona. Não causam hipotensão ortostática e funcionam melhor quando associados a outros fármacos anti-hipertensivos que contrabalançam as respostas cardiovasculares compensatórias.

4) Antagonistas do sistema renina-angiotensina-aldosterona: Atuam no Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, inibindo a Enzima Conversora da Angiotensina (ECA) responsável pela conversão da Angiotensina I inativa em Angiotensina II, um vasoconstritor potente que estimula a produção de aldosterona. Essa inibição resulta na diminuição da Angiotensina II e aldosterona circulantes, com aumento compensatório nos níveis de Angiotensina I e renina. Diminuem a pressão arterial principalmente por

reduzirem a resistência vascular periférica, sem alterar significativamente o débito cardíaco e a frequência cardíaca. Ao contrário dos vasodilatadores diretos, esses agentes não desencadeiam ativação reflexa simpática, tornando-os seguros para uso em pessoas com cardiopatia isquêmica.

5) Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC): Os íons cálcio desempenham um papel central na modulação da contratilidade do miocárdio e no tônus do músculo liso vascular. Os bloqueadores dos canais de cálcio interferem farmacologicamente nos canais lentos de cálcio, diminuindo a contratilidade do miocárdio. No músculo liso vascular, as alterações no tônus dependem do movimento do cálcio do espaço extracelular para o intracelular, onde se liga à calmodulina. Ao reduzir a entrada de cálcio nas células, esses medicamentos diminuem o tônus da musculatura lisa vascular, levando à vasodilatação.

COMBINAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A maioria das pessoas com HAS geralmente precisa da combinação de mais de um medicamento para atingir as metas de controle da pressão arterial. Por esse motivo, pacientes com HAS estágio 1 e alto ou muito alto risco cardiovascular, ou com doença cardiovascular associada, bem como aqueles com estágio 2 ou 3 da HAS, com ou sem outros fatores de risco cardiovascular, devem ser considerados para o uso de combinação de medicamentos. Em casos individuais, também pode ser considerada a utilização de associações de dois medicamentos em baixas dosagens em hipertensos estágio 1, mesmo com baixo ou moderado risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Ao combinar medicamentos anti-hipertensivos, é importante evitar o uso de fármacos com o mesmo mecanismo de ação. As seguintes associações têm se mostrado efetivas, bem toleradas e foram utilizadas em estudos de eficácia:

- Diurético tiazídico + Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueador do Receptor da Angiotensina (BRA)
- Bloqueador dos Canais de Cálcio (BCC) + IECA ou BRA
- BCC + Diurético tiazídico
- Beta-bloqueador + BCC (do grupo das diidropiridinas)
- BRA + BCC

Para uso como anti-hipertensivos, os diuréticos tiazídicos e medicamentos similares em baixas doses são preferidos. Os diuréticos de alça são reservados para

situações específicas, como hipertensão associada a insuficiência renal com taxa de filtração glomerular abaixo de 30 ml/min/1,73 m² e insuficiência cardíaca com retenção de volume. Em pessoas com aumento do volume extracelular, como em casos de insuficiência cardíaca e renal, a combinação de diurético de alça e tiazídico pode ser benéfica tanto para o controle do edema quanto para a pressão arterial. No entanto, é importante estar ciente do maior risco de eventos adversos, como a hipocalcemia (MALACHIAS et al., 2016).

É fundamental ressaltar que as informações fornecidas têm como base o conhecimento até setembro de 2021, e é sempre recomendado buscar orientação e acompanhamento médico para obter informações atualizadas e personalizadas sobre o tratamento da hipertensão arterial.

INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO

É essencial acompanhar os indicadores relacionados à hipertensão arterial para avaliar a eficácia dos programas e implementar ações que busquem modificar os resultados alcançados. As metas de pressão arterial a serem perseguidas são as seguintes:

–PA < 140/90 mmHg para hipertensos de baixo e moderado/intermediário risco.

- PA < 130/80 mmHg para hipertensos de alto risco, diabéticos ou com doença renal.

Abaixo estão algumas orientações sobre os indicadores de acompanhamento da hipertensão arterial em nível municipal/estadual:

1) Prevalência de hipertensão arterial no município: calculada como o número de pessoas cadastradas com hipertensão arterial, com 18 anos ou mais, dividido pela população adulta (≥ 18 anos) do município, multiplicado por 100.

2) Proporção de pessoas com hipertensão arterial em acompanhamento ambulatorial: calculada como o número de pessoas cadastradas com hipertensão arterial em um determinado local, que tenham realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem nos últimos 12 meses, dividido pelo número total de pessoas cadastradas com hipertensão arterial no mesmo local e período, multiplicado por 100.

3) Taxa de internações por crise hipertensiva na população adulta: calculada como o número de internações por crise hipertensiva na população com idade entre 18 e 59 anos em um determinado local e período, dividido pela população com idade entre 18 e 59 anos no mesmo local e período, multiplicado por 1.000.

4) Taxa de mortalidade por AVC na população adulta: calculada como o número de óbitos por AVC na população com idade entre 18 e 59 anos em um determinado local e período, dividido pela população com idade entre 18 e 59 anos no mesmo local e período, multiplicado por 1.000.

5) Taxa de mortalidade por IAM na população adulta: calculada como o número de óbitos por IAM na população com idade entre 18 e 59 anos em um determinado local e período, dividido pela população com idade entre 18 e 59 anos no mesmo local e período, multiplicado por 1.000.

6) Taxa de mortalidade por Insuficiência Cardíaca (IC) na população adulta: calculada como o número de óbitos por IC na população com idade entre 18 e 59 anos em um determinado local e período, dividido pela população com idade entre 18 e 59 anos no mesmo local e período, multiplicado por 1.000.

Esses indicadores permitem monitorar a prevalência da hipertensão arterial, o acesso ao acompanhamento ambulatorial, as taxas de internações e as taxas de mortalidade relacionadas a complicações cardiovasculares. O acompanhamento adequado desses indicadores contribui para uma melhor gestão e controle da hipertensão arterial na população.

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

Título da Pesquisa: Política pública voltada às doenças crônicas: Uma proposta para um Município do Extremo Sul Catarinense.

Objetivo: Construir uma linha de cuidado para as condições crônicas no município de Criciúma – SC.

Período da coleta de dados: 10/10/2022 a 15/12/2022

Tempo estimado para cada coleta: 45 minutos

Local da coleta: Unidades Básicas de Saúde dos bairros Rio Maina, Santa Luzia e do Centro da cidade de Criciúma-SC.

Pesquisador/Orientador: Lisiane Tuon

Telefone: (48) 99985- 1739

Pesquisador/Acadêmico: Katiane Figueiredo

Telefone: (49) 99126- 7800

Aluno(a) do Programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

O presente estudo propõe uma política de encaminhamentos voltados ao tratamento da Hipertensão e da Diabetes na atenção primária, levando em consideração critérios científicos de estratificação de risco e de prioridade de atendimento. O trabalho será desenvolvido mediante o levantamento de informações acerca do número de pacientes que apresentam Diabetes e Hipertensão nos distritos de saúde. Logo após esta etapa do processo, será realizado a caracterização da amostra populacional, identificando qual condição crônica apresenta maior prevalência na região do estudo. Por fim, serão elaborados métodos de estratificação de risco e de prioridade de atendimento voltados à população com diagnóstico de tais patologias. Assim, será possível analisar a efetividade de tais programas, com possível implantação a nível municipal.

RISCOS

Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos no que diz respeito às questões envolvidas na coleta de dados. Embora a chance de ocorrer alguma intercorrência seja muito baixa, serão adotadas medidas baseadas em literatura para padronizar a metodologia, diminuindo ainda mais os riscos. Serão adotados cuidados de biossegurança contra COVID-19 como higienização com álcool 70%, avaliações individuais mantendo o distanciamento, respeitando o protocolo da universidade.

BENEFÍCIOS

Destacamos como maior benefício da pesquisa a possibilidade da criação e elaboração de um produto voltado às doenças crônicas, capaz de responder às necessidades da população, conforme as demandas do território, otimizando os atendimentos em todos os âmbitos de serviços de saúde.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Katiane Figueiredo pelo telefone (49) 99126-7800 e/ou pelo e-mail katzifigueiredo@gmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da UNESC pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
<p>Voluntário(a)/Participante</p> <p>_____</p> <p>Assinatura</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>	<p>Pesquisador(a) Responsável</p> <p>_____</p> <p>Assinatura</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>

Criciúma (SC), 21 de junho de 2023.

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ACEITE**RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 5.675.190

CAAE: 63499522.0.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Pesquisador(a): KATIANE FIGUEIREDO

Título: LINHA DE CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS: UMA PROPOSTA PARA UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE.

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 30 de setembro de 2022



Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

ANEXO C – LISTA DE PRESENÇA DO SEGUNDO GRUPO FOCAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E HUMANIZAÇÃO (NEPSHU)
 Título: Linha de Cuidado às Doenças Crônicas: Uma Proposta para um Município do Extremo Sul Catarinense.



LISTA DE PRESENÇA

DATA: 30/05/2023
 PERÍODO: MATUTINO
 LOCAL: SALÃO OURO NEGRO

Nº	NOME COMPLETO	UNIDADE DE SAÚDE	PROFISSÃO/CARGO	TELEFONE	ASSINATURA
01	Maruca Vilke Memeghette Pappi	ESF Mina de José	Enfermeira/gente	991662448	[Assinatura]
02	Volnei Rodrigues Gomes	ESF Vila Gleamais	Dentista/gente	992103784	[Assinatura]
03	Kaioz Costa Colchete de Moraes	ESF Mina União	Enfermeira/Gente	996621808	[Assinatura]
04	Glauco do Nascimento	ESF Carampiba	Enfermeira/gente	996055998	[Assinatura]
05	Michelle Seratim Hlavin	ESF Metropal	Enfermeira/gente	999773057	Michelle Hlavin
06	Luciana de O. Rodrigues	UBS Coaraze	" "	34300959	[Assinatura]
07	Quilme de O. Pinheiro	São Sebastião	Téc. Enf. Gerd	991668449	[Assinatura]
08	Luciane Passoli	ESF General/São Mateus	Enf/gente	996982110	[Assinatura]
09	Apriete de S. Paganini	ESF Mina da Velha Gmpt/gente	" "	999214604	[Assinatura]
10	Ruizina Trazzi Guedes	ESF Vila Harmonia	Enf/gente	999366223	[Assinatura]
11	Edson Araújo	ESF. Júpiter	Gerente	996754624	[Assinatura]
12	Fátima de Araújo	ESF Vila Dama	Dentista	99934651	[Assinatura]
13	Patrícia Bentes Magalhães	ESF São Sérgio	Enfermeira	999091638	[Assinatura]
14	Patrícia R.S.S. Ha. Neckerson	ESF Mat. L. 2	Enf.	998592224	[Assinatura]
15	Francielle Gava	ESF Sta. Bárbara	Enf/gerente	999043285	[Assinatura]

As listas de presença estarão disponíveis na PLATAFORMA COLAB: <https://colab.criciuma.sc.gov.br/s/nxMtZ2Qt5H4IKNS>
 A lista deverá ser anexada na Folha Ponto ao final do mês em questão para comprovação do período.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E HUMANIZAÇÃO (NEPSHU)
 Título: Linha de Cuidado às Doenças Crônicas: Uma Proposta para um Município do Extremo Sul Catarinense.



LISTA DE PRESENÇA

DATA: 30/05/2023
 PERÍODO: MATUTINO
 LOCAL: SALÃO OURO NEGRO

Nº	NOME COMPLETO	UNIDADE DE SAÚDE	PROFISSÃO/CARGO	TELEFONE	ASSINATURA
16	Gabriela Fernandes Demerut	UBS Mina do Mato	Gerente	489623-9254	[Assinatura]
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

As listas de presença estarão disponíveis na PLATAFORMA COLAB: <https://colab.criciuma.sc.gov.br/s/nxMtZ2Qt5H4IKNS>
 A lista deverá ser anexada na Folha Ponto ao final do mês em questão para comprovação do período.