

Estratificação de risco e as recomendações para as doenças cardiovasculares e do distúrbio metabólico

Risk Stratification and Recommendations for the cardiovascular disease and metabolic disorder

Estratificación del riesgo y recomendaciones para las enfermedades cardiovasculares y trastornos metabólicos

Recebido: 25/06/2021 | Revisado: 30/06/2021 | Aceito: 11/08/2021 | Publicado: 15/08/2021

Ariadne Freire de Aguiar Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3357-3388>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: ariadnemartins_aguiar@hotmail.com

Luis Adriano Freitas Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8248-1404>

Universidade de Fortaleza, Brasil

E-mail: luis.oliveira@fatene.edu.br

Lidia Andrade Lourinho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5883-9007>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: lidiandrade67@gmail.com

Resumo

O estudo buscou descrever e analisar os conhecimentos dos profissionais sobre a estratificação de risco e as recomendações para doenças cardiovasculares e do distúrbio metabólico. A pesquisa possui caráter descritivo com abordagem quantitativa, realizada com profissionais das 11 Unidades de Atenção Primária de Saúde da regional III, em Fortaleza- CE, novembro de 2020 a janeiro de 2021. A amostra foi elencada por 23 enfermeiros e 15 médicos. A coleta de dados se deu através de formulário, pela interação dos profissionais via Google Docs. A análise ocorreu após avaliação das respostas do questionário. Os dados foram organizados no banco de dados no Excel. Observou-se como alto e muito alto risco para hipertensão/diabetes, cerca de 97,4%, totalizando 37 profissionais relatam ter conhecimento da estratificação dos usuários do território que acompanham. Aproximadamente (42,1%) dos usuários são estratificados como alto risco quanto a maioria da população do seu território, muito alto risco com 2,6%, que significa um usuário estratificado com muito alto risco. Um total de 39,5%, 15 pacientes com médio risco. Quanto a fonte de informação sobre a estratificação de risco para hipertenso/diabético, (71,8%) possui através da equipe da estratégia saúde da família, sendo em torno de 27 participantes, 28,9%, 11 profissionais possuem a informação através da Gestão da unidade ou pelo prontuário eletrônico (fastmedic). A implementação de um modelo de atenção à saúde assegura uma atenção efetiva, fornecendo autocuidado, assistência profissional adequada nos diversos níveis de atenção da rede, sendo a Atenção Primária responsável pela coordenação do cuidado e organização da RAS.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Doença cardiovascular; Diabetes.

Abstract

The study sought to describe and analyze the knowledge of professionals about risk stratification and recommendations for cardiovascular diseases and metabolic disorders. The research has a descriptive character with a quantitative approach, carried out with professionals from 11 Primary Health Care Units of regional III, in Fortaleza-CE, November 2020 to January 2021. The sample was listed by 23 nurses and 15 physicians. Data collection took place through a form, through the interaction of professionals via Google Docs. The analysis took place after evaluating the responses to the questionnaire. Data were organized in the database in Excel. There was a high and very high risk for hypertension/diabetes, about 97.4%, totaling 37 professionals reported having knowledge of the stratification of users in the territory they monitor. Approximately (42.1%) of users are stratified as high risk as the majority of the population in their territory, very high risk with 2.6%, which means a stratified user with very high risk. A total of 39.5%, 15 patients at medium risk. As for the source of information on risk stratification for hypertensive/diabetic patients (71.8%) it has it through the family health strategy team, with around 27 participants, 28.9%, 11 professionals have the information through the Management of the unit or by electronic medical record (fastmedic). The implementation of a health care model ensures effective care, providing self-care, adequate professional assistance at the various levels of care in the network, with Primary Care being responsible for coordinating care and organizing the RAS.

Keywords: Primary health care; Cardiovascular disease; Diabetes.

Resumen

El estudio buscó describir y analizar el conocimiento de los profesionales sobre estratificación de riesgo y recomendaciones para enfermedades cardiovasculares y trastornos metabólicos. La investigación tiene carácter descriptivo con enfoque cuantitativo, realizada con profesionales de 11 Unidades de Atención Primaria de Salud de la regional III, en Fortaleza-CE, noviembre de 2020 a enero de 2021. La muestra estuvo conformada por 23 enfermeras y 15 médicos. La recogida de datos se realizó a través de un formulario, mediante la interacción de profesionales a través de Google Docs. El análisis se realizó después de evaluar las respuestas al cuestionario. Los datos se organizaron en la base de datos en Excel. Existía un riesgo alto y muy alto de hipertensión / diabetes, alrededor del 97,4%, totalizando 37 profesionales reportaron tener conocimiento de la estratificación de usuarios en el territorio que monitorean. Aproximadamente (42,1%) de los usuarios están estratificados como de alto riesgo como la mayoría de la población de su territorio, muy alto riesgo con 2,6%, lo que significa un usuario estratificado con muy alto riesgo. Un total de 39,5%, 15 pacientes de riesgo medio. En cuanto a la fuente de información sobre estratificación de riesgo para pacientes hipertensos / diabéticos (71,8%) la tiene a través del equipo de estrategia de salud de la familia, con alrededor de 27 participantes, 28,9%, 11 profesionales tienen la información a través de la Gestión de la unidad o por vía electrónica. historial médico (fastmedic). La implantación de un modelo asistencial asegura una atención eficaz, proporcionando autocuidado, asistencia profesional adecuada en los distintos niveles asistenciales de la red, siendo Atención Primaria la encargada de coordinar la atención y organizar la RAS.

Palabras clave: Primeros auxilios; Enfermedad cardiovascular; Diabetes.

1. Introdução

Nas últimas décadas, tem-se observado uma mudança no perfil das doenças na população, em decorrência da transição epidemiológica, demográfica e nutricional. A transição epidemiológica pode ser definida como mudança do perfil de morbimortalidade, caracterizando-se pela redução das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Pereira & Silva, 2018). As mudanças nos padrões de morbimortalidade na população impõem, de forma constante, novos desafios, tanto para os gestores do setor da saúde quanto para outros setores governamentais, cujas ações tenham repercussão na ocorrência dessas doenças.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias, que compartilham diversos fatores de risco. Também inclui no rol das condições crônicas os transtornos mentais, as doenças neurológicas, bucais, ósseas e articulares, oculares e auditivas, a osteoporose e as desordens genéticas. São doenças que apresentam longos períodos de latência e curso prolongado, o que coloca grande desafio para a saúde pública (Theme Filha, Souza, Damacena & Szwarcwald, 2015).

Na transição epidemiológica, existe um processo longo de mudanças nos padrões de mortalidade e adoecimento, em que as pandemias por doenças infecciosas são gradativamente substituídas pelas doenças degenerativas e agravos produzidos pelo homem. Durante essa transição, as mais profundas mudanças nos padrões de saúde-doença ocorrem nas crianças e nas mulheres jovens, as mudanças que caracterizam a transição epidemiológica são fortemente associadas às transições demográfica e socioeconômica que constituem o complexo da modernização, as variações peculiares no padrão, no ritmo, nos determinantes e nas consequências das mudanças na população diferenciam três modelos básicos de transição epidemiológica, o modelo clássico ou ocidental, o modelo acelerado e o modelo contemporâneo ou prolongado (Duarte & Barreto, 2012).

Estratificar, em doenças crônicas, significa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, têm necessidades diferentes. Mas, para estratificar, é preciso identificar os riscos de cada indivíduo, que podem ser considerados como leve, moderado ou alto, segundo classificações diversas. Por exemplo, para avaliar o risco para problemas cardiovasculares, temos a Classificação de Framingham, que avalia e classifica o risco de ocorrer um evento cardiovascular nos próximos dez anos (Ministério da Saúde, 2014).

A prevalência de algumas dessas doenças eleva-se a partir dos 60 anos, destacando-se: as doenças osteoarticulares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas, a

doença cerebrovascular e o câncer. Dados nacionais apontam que as DCNT respondem por 66,3% da carga de doença, enquanto as doenças infecciosas, por 23,5%, e causas externas, por 10,2%. O impacto das DCNT na saúde populacional pode ser avaliado com a utilização de medidas resumo, que estimam a contribuição específica de determinadas condições na expectativa de vida saudável (Campolina, Admi, Santos & Lebrão, 2013).

Observa-se tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão, teve redução anual das taxas ajustadas por idade de 1,5% para homens e 1,6% para mulheres. O conjunto das doenças do coração, hipertensão, doença coronária e insuficiência cardíaca também tiveram taxas anuais decrescentes de 1,2% para homens e 1,3% para mulheres. No entanto, apesar do declínio, a mortalidade no Brasil ainda é elevada em comparação a outros países, tanto para doença cerebrovascular como para doenças do coração (Ministério da Saúde, 2017).

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015), uma epidemia da doença está em curso, com um número atual de aproximadamente 200 milhões de diabéticos no mundo, com projeção de chegar aos 300 milhões em 2030. Cerca de dois terços desse número vivem nos países em desenvolvimento, onde a epidemia acontece com maior intensidade. Ainda segundo o documento da SBD, o número de diabéticos vem aumentando devido à maior prevalência de sedentarismo e obesidade, envelhecimento e crescimento populacional, maior urbanização, bem como à maior sobrevivência dos pacientes diabéticos.

Pacientes com diabetes apresentam risco aumentado de 3 a 4 vezes de sofrer algum evento cardiovascular e o dobro de risco de morrer desse evento se comparado com a população em geral, estando 70% dos óbitos, em diabéticos, relacionados a esse tipo de ocorrência. O controle glicêmico rígido, especialmente naqueles indivíduos em início de terapia antidiabética, tem benefícios reais na prevenção de eventos cardiovasculares deletérios, o que indica associação comprovada entre hiperglicemia e esses episódios (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015).

Os principais fatores de risco para os dois grupos são hipertensão, obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, dislipidemias e resistência à insulina. A prevalência de hipertensão arterial, principal fator de risco para doenças cardiovasculares. Cabe ressaltar que existem diferenças de prevalência e qualidade de informações de acordo com regiões do Brasil (Guimarães et al., 2015).

Nessa perspectiva, a estruturação de redes de atenção à saúde, a exemplo do que vem sendo tentado em vários países, visando à consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes, apresenta-se como um caminho possível (Lavras, 2011).

O acompanhamento e o controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e o agravamento das complicações crônicas, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade secundária a esses agravos (Lavras, 2011).

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento de vínculos entre os portadores e as unidades básicas de saúde são de suma importância para o controle destes agravos.

O cuidado especializado é necessário para dar efetividade e consequência à APS e prover assistência especializada aos que dela necessitam, complementando-a, para que o sistema se aproxime de uma integralidade desejada (Tesser & Poli, 2017).

Assim, o objetivo deste artigo foi descrever e analisar os conhecimentos dos profissionais sobre a estratificação de risco e as recomendações para doenças cardiovasculares e do distúrbio metabólico.

2. Metodologia

A pesquisa possui caráter descritivo de natureza com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa é um método científico que se apoia em diferentes técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações para um determinado estudo.

O pesquisador desenvolve seu trabalho partindo de um plano muito bem estruturado e preestabelecido, formulando hipóteses a respeito do que pretende estudar, com variáveis claramente definidas. Por outro lado, o campo da saúde é produto de uma realidade complexa que envolve aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociais e ambientais (Paschoarelli, Medola & Bonfim, 2015; Codato & Nakama, 2006).

A pesquisa foi realizada com profissionais de saúde das 11 Unidades de Atenção Primária de Saúde localizadas na regional III, no município Fortaleza- CE referenciada ao CEADH Anastácio Magalhães. O período sendo novembro de 2020 a janeiro de 2021.

A população do estudo deu-se através do Centro Especializado de Atenção ao Diabetes e Hipertenso (CEADH), sendo composto por 02 endocrinologista, 01 cardiologista, e 2 enfermeiras, 01 enfermeira da linha do cuidado e 01 enfermeira estomaterapeuta, acompanha pacientes de alto e muito alto risco, sendo referenciado para 11 unidades de saúde da Regional III, sendo Anastácio Magalhães, Pereira de Almeida, Santa Liduina, Cesar Cals, Ivana Pais, Humberto Bezerra, Meton de Alencar, George Benevides, Hermínia Leitão, Licínio Nunes e Fernandes Távora.

Tabela 1. Quantidade de equipes de saúde da família e profissionais médicos e Enfermeiros.

Posto	Equipe	Médico	Enfermeiro
Anastácio Magalhães	4	4	4
Santa Liduina	4	3	4
Pereira de Almeida	6	6	6
Cesar Cals	7	7	7
Ivana Paes	5	5	5
Eliezer Studant	4	4	4
Waldermar de Alcântara	4	4	3
Humberto Bezerra	4	3	4
Meton de Alencar	6	6	6
Licínio Nunes	5	5	5
George Benevides	3	3	3
Mariusia	4	4	4
Sobreira de Amorim	4	4	4
Fernandes Távora	4	4	4
João XXIII	4	4	4
Recamonde Campelo	4	4	4
Clodoaldo Pinto	4	4	4
Herminia Leitão	4	4	4
Total	76	74	75

Fonte: Prefeitura Municipal de Fortaleza (2019).

A amostra do estudo foi elencada por profissionais de saúde entre enfermeiros e médicos, sendo 23 enfermeiros e 15 médicos, compostas das 4 equipes completas da Unidade de Saúde Anastácio Magalhães, e os demais profissionais das 10 unidades de saúde referenciada ao CEADH Anastácio Magalhães.

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário, pela interação dos profissionais via Google Docs para o levantamento de informações constituído de única etapa, sendo dados sócios demográficos e perguntas fechadas, abordando sobre conhecimento e experiência dos profissionais de saúde sobre estratificação de risco de pacientes hipertenso e diabéticos e atendimento secundário CEADH.

A análise de dados ocorreu após avaliação das respostas fechadas do questionário. Os dados foram organizados no banco de dados no Excel e os resultados apresentados em tabelas e gráficos e discutido com base na literatura acerca da

importância da capacitação dos profissionais da estratégia saúde da família, para uma estratificação adequada dos pacientes hipertensos e diabéticos para encaminhamentos ao ambulatório.

O projeto foi submetido à aprovação pelo comitê de ética, em pesquisa atendendo as exigências da Resolução n. 466/12, no Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, sendo o parecer aprovado com a numeração 4.471.102.

3. Resultados e Discussão

A análise traz a distribuição do perfil detalhado sociodemográfico dos 38 profissionais de saúde lotado nos 11 postos de saúde da Regional III, sendo 4 equipes completas (4 enfermeiros e 4 médicos) da UAPS Anastácio Magalhães, do posto Pereira de Almeida (02 enfermeiros e 01 médico), do posto Santa Liduina (02 enfermeiros e 01 médico), do posto Cesar Cals (02 enfermeiros e 01 médico), do posto Ivana Paes (02 enfermeiros e 01 médico), do posto Humberto Bezerra (02 enfermeiros e 01 médico) do posto Meton de Alencar (02 enfermeiros e 01 médico), do posto George Benevides (02 enfermeiros e 01 médico), do posto Hermínia Leitão (02 enfermeiros e 01 médico), do posto Licínio Nunes (02 enfermeiros e 01 médico), do posto Fernandes Távora (02 enfermeiro e 01 médico). Entrevistados pelo formulário Google Docs. A pesquisa evidenciou a dificuldade na coleta devido os profissionais não responderem a pesquisa, podendo estar associado ao aumento dos casos de covid e atendimentos na pandemia, além das equipes incompletas nas unidades de saúde.

No Quadro 1 observa-se sobre a identificação da população atendida pela equipe de saúde estratificada como alto e muito alto risco para hipertensão/diabetes.

Quadro 1. Identificação da população atendida pela equipe de saúde estratificada como alto e muito alto risco para hipertensão/diabetes.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Não tenho essa informação	1	2,6	2,6	2,6
Sim.	37	97,4	97,4	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Fonte: Autores.

Quanto aos conhecimentos dos profissionais relacionado a estratificação da população atendida pela equipe observou-se como alto e muito alto risco para hipertensão/diabetes, cerca de 97,4%, totalizando 37 profissionais relatam ter conhecimento da estratificação dos usuários do território que acompanham.

No Quadro 2 observa-se a população estratificada como ato risco e muito alto risco no território.

Quadro 2. A maioria da população do território estratificado.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1	2,6	2,6	2,6
Não possuo os dados de estratificação da população ou está incompleto.	4	10,5	10,5	13,2
Risco alto: indivíduos com controle metabólico inadequado dentro dos seguintes parâmetros: $150 < GJ < 200\text{mg/dl}$ ou $200 < GPP < 270\text{mg/dl}$ e $8\% < A1c < 9\%$; níveis pressóricos no estágio I ou II; podendo ou não ter sinais/sintomas de hiperglicemia; apresentando ou não LOA; porém não apresentam CCA.	16	42,1	42,1	55,3
Risco baixo: indivíduos com pré-diabetes, pois têm maior risco para desenvolvimento do DM, e aqueles com DM que apresentam controle metabólico adequado ($GJ \leq 130\text{mg/dl} + GPP \leq 180\text{mg/dl} + A1c \leq 7\%$); níveis pressóricos ótimos ou normais; não apresentam sinais/sintomas de hiperglicemia; não apresentam LOA e nem CCA.	1	2,6	2,6	57,9
Risco médio: indivíduos com controle metabólico inadequado dentro dos seguintes parâmetros: $130\text{mg/dl} < GJ \leq 150\text{mg/dl}$ ou $180\text{mg/dl} < GPP \leq 200\text{mg/dl}$ e $7\% < A1c \leq 8\%$; níveis pressóricos limítrofes; sem sinais/sintomas de hiperglicemia; e que não apresentam LOA e nem CCA.	15	39,5	39,5	97,4
Risco muito alto: indivíduos com controle metabólico inadequado dentro dos seguintes parâmetros: $GJ \geq 200\text{mg/dl}$ ou $GPP \geq 270\text{mg/dl}$ e $A1c \geq 9\%$; níveis pressóricos no estágio I ou II apresentando CCA; ou estágio III apresentando ou não CCA.	1	2,6	2,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Fonte: Autores.

Aproximadamente (42,1%) dos usuários são estratificados como alto risco quanto a maioria da população do seu território, muito alto risco com 2,6%, que significa um usuário estratificado com muito alto risco. Observa-se um total de 39,5%, 15 pacientes com médio risco.

No Quadro 3 destaca-se o nível de estratificação dos pacientes atendidos no território que abrangeu a pesquisa, informações oriundas dos profissionais que acompanham esses pacientes.

Quadro 3. Nível de estratificação.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Alto	17	44,7	51,5	51,5
Médio	16	42,1	48,5	100,0
Total	33	86,8	100,0	
Ausente Sistema	5	13,2		
Total	38	100,0		

Fonte: Autores.

A organização da atenção ao portador de uma doença crônica como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica deve considerar a estratificação de risco frente à doença (Secretaria Municipal da Saúde, 2016).

Estratificação de risco é o processo pelo qual se identificam os grupos ou estratos de risco, considerando a severidade da condição de saúde e a capacidade de autocuidado. O objetivo de se estratificar risco de uma determinada população com uma patologia específica é possibilitar o manejo clínico diferenciado, de acordo com as necessidades de saúde a cada estrato, promovendo o princípio da equidade (Secretaria Municipal da Saúde, 2016).

O estudo evidenciou-se 44,7% o nível de estratificação como alto risco de 44,7% e médio risco 42,1% com um total de avaliação de conhecimentos de 16 profissionais.

No Quadro 4 observa-se de onde os profissionais tem as informações sobre a estratificação de risco do pacientes hipertensos e diabéticos.

Quadro 4. Fonte de informação sobre estratificação de risco para hipertenso/diabético.

Fonte de informação sobre estratificação de risco para hipertenso/diabético

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Est Saúde Família	27	71,1	71,1	71,1
	Gestão da unidade	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fonte: Autores.

Quanto a fonte de informação sobre a estratificação de risco para hipertenso/diabético, (71,8%) possui através da equipe da estratégia saúde da família, sendo em torno de 27 participantes. Já 28,9%, 11 profissionais possuem a informação através da Gestão da unidade ou pelo o prontuário eletrônico (fastmedic).

Segundo Santos e Mendez (2014), estratificar o risco cardiovascular de um paciente não se limita a simplesmente a identificar se ele possui ou não alto risco para o desenvolvimento de desfechos cardiovasculares relevantes. Dessa forma, é fundamental que a classificação do paciente como sendo de alto risco implique necessariamente em mudança de conduta terapêutica. A implementação desta conduta terapêutica, por sua vez, deve ser traduzida de maneira clínica por redução de eventos cardiovasculares maiores.

A estratificação do hipertenso é uma forma de adotar estratégias mais apropriadas no manejo da HAS, conforme o risco projetado para o desenvolvimento de um evento adverso, além de promover o autocuidado e a responsabilidade compartilhada do manejo da hipertensão, isso porque o indivíduo que tem conhecimento do seu risco cardiovascular aumenta sua participação no seu tratamento (Santos & Mendez, 2014).

Para a identificação dos indivíduos de maior risco, o escore de framingham tem se demonstrado uma ferramenta de fácil aplicação e muito útil para auxiliar na definição de condutas (Santos & Mendez, 2014).

Além disso, pacientes identificados como alto risco cardiovascular e com metas de níveis pressóricos mais baixos devem estar com um tratamento anti-hipertensivo mais intensivo. Os pacientes hipertensos e classificados como de alto risco cardiovascular devem estar em uso de medicações adjuntas como aspirina e hipolipemiantes que podem evitar um evento adverso (Pimenta & Caldeira, 2014).

A prevenção e o controle adequados da Hipertensão podem mudar este cenário. Para isto é necessário que o foco do manejo não seja direcionado apenas para as cifras tensionais. A abordagem deve ser global, considerando os fatores de risco associados.

A estratificação de Framingham auxilia não apenas o médico e os demais profissionais no manejo do hipertenso, mas também pode ajudar a aumentar a participação deste indivíduo no seu tratamento, quando este toma conhecimento do seu risco cardiovascular (Pimenta & Caldeira, 2014).

A associação entre fatores de risco, complicações com lesão de órgãos-alvo e doenças associadas concede subsídio à estratificação do risco cardiovascular em pessoas hipertensas e normotensas estão denominados como Baixo risco adicional, Moderado risco adicional, Alto risco adicional e Risco adicional muito alto. Os estratos são assim definidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (Moreira, Gomes & Santos, 2010).

Segundo as VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), a estratégia terapêutica deverá ser individualizada de acordo com a estratificação de risco e a meta do nível de pressão arterial a ser alcançado. Preconizam-se mudanças dos hábitos alimentares e do estilo de vida (tratamento não-medicamentoso) para todos os pacientes, independentemente do risco cardiovascular. Para emprego isolado do tratamento não-medicamentoso, ou associado ao tratamento medicamentoso como estratégia terapêutica, deve-se considerar a meta da pressão arterial a ser atingida, que em geral é determinada pelo grau de risco cardiovascular.

Para compreensão da estratificação do risco cardiovascular em hipertensos e não hipertensos são necessários conhecimentos da classificação para hipertensão arterial e da definição dos estratos com suas diferenciações para essas duas categorias.

O estrato para pessoas hipertensas de Baixo risco adicional é classificado como ausência de fatores de risco e de lesão em órgão-alvo em níveis de pressão arterial normal ou até hipertensão estágio 1; no Moderado risco adicional há presença de um a dois fatores de risco sem lesão em órgão-alvo com pressão arterial variando entre normal até hipertensão estágios um a dois; no Alto risco adicional há presença de três ou mais fatores de risco, lesão de órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente detectável com pressão arterial variando entre normal a hipertensão estágio dois ou mesmo na ausência de fatores de risco quando há hipertensão estágio três; no Risco adicional muito alto estão presentes um ou mais fatores de risco com ou sem lesões de órgãos-alvo com níveis pressóricos que podem variar do normal até hipertensão no terceiro estágio, desde que haja doença clínica associada (Moreira et al., 2010).

Outro ponto importante é que os indivíduos identificados como alto risco cardiovascular e com metas de níveis pressóricos mais baixos devem estar com um tratamento anti-hipertensivo mais intensivo e medicações adjuntas como aspirina e hipolipemiantes que podem evitar um evento adverso (Santos & Mendez, 2014).

A estratificação do hipertenso é uma forma de adotar estratégias mais apropriadas no manejo da Hipertensão, conforme o risco projetado para o desenvolvimento de um evento adverso. Estas estratégias envolvem, por exemplo, o uso de medicações que podem reduzir este risco, conforme o nível de estratificação. Além disso, pacientes identificados como alto risco cardiovascular e com metas de níveis pressóricos mais baixos devem estar com um tratamento anti-hipertensivo mais intensivo (Pimenta & Caldeira, 2014).

A estratificação de Framingham auxilia não apenas os profissionais no manejo do hipertenso, mas também pode ajudar a aumentar a participação deste indivíduo no seu tratamento, quando este toma conhecimento do seu risco cardiovascular (Pimenta & Caldeira, 2014).

Estudos mostram também que o controle de hábitos e não adesão do tratamento que constituem fatores de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares, sendo a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo um importante agravamento à saúde da população brasileira. A estratificação é utilizada adotando-se como base os fatores modificáveis e não modificáveis, dificultando também os cuidados aos pacientes (Nascimento, Branco, Moreira & Hazime, 2012).

No Quadro 5 fala-se sobre se os profissionais de saúde seguem o seguimento do fluxo das diretrizes clínicas do Município de Fortaleza para estratificação de risco de hipertensão e diabetes.

Quadro 5. Seguimento do fluxo das diretrizes clínicas do município de Fortaleza para estratificação de risco de hipertensão e diabetes.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não.	1	2,6	2,6	2,6
	Sim.	37	97,4	97,4	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fonte: Autores.

Na característica seguir o fluxo das diretrizes clínicas do município de Fortaleza para estratificação de risco de hipertensão e diabetes, os participantes entre enfermeiros e médicos um total de 97,4%, 37 participantes seguem o fluxo.

No Quadro 6, consta-se as informações sobre os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o fluxo de encaminhamento e atendimento do Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso

Quadro 6. Conhecimento sobre fluxo de encaminhamento e atendimento do Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não.	2	5,3	5,3	5,3
	Sim.	36	94,7	94,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fonte: Autores.

Quanto ao conhecimento dos participantes sobre o fluxo de encaminhamento e atendimento do Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso, um total de 94,7%, 36 profissionais conhecem os fluxos do CEADH.

Já no Quadro 7, observa-se a informações que os profissionais encaminham os pacientes estratificados como alto risco e muito alto risco diabéticos e/ou hipertensos para o CEADH.

Quadro 7. Encaminhamento de paciente estratificados como alto risco e muito alto risco diabéticos e/ou hipertensos para o CEADH.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não possui	1	2,6	2,6	2,6
	Não.	13	34,2	34,2	36,8
	Sim.	24	63,2	63,2	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fonte: Autores.

No campo da avaliação dos serviços de saúde, a estrutura é um dos componentes para a análise do desempenho destes serviços, considerando-se que estruturas adequadas favorecem a oferta de serviços oportunos e de qualidade. Para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, propôs uma tríade (estrutura, processo e resultado) na qual a estrutura refere-se às condições relativamente estáveis dos serviços de saúde, entre elas, os instrumentos, os recursos materiais e humanos, e o contexto físico e organizacional no qual são realizadas as ações de saúde. De acordo com o autor, uma boa estrutura dos serviços pode aumentar a probabilidade de um bom processo de trabalho dos profissionais e, por conseguinte, de bons resultados em saúde dos usuários. Todavia, pouco se sabe sobre essas relações e sobre a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil (Lira et al., 2018).

Sendo assim a estrutura, processo e resultado fundamental no fluxo de encaminhamentos de pacientes estratificados como alto e muito alto risco para o Centro Especializado de Atenção ao diabético e hipertenso.

No que se refere sobre a opção se os profissionais encaminharam ou encaminham pacientes estratificados como alto risco e muito alto risco diabéticos e/ou hipertensos para o CEADH, percebe-se um total de 63,1% que equivale a 24 participantes, encaminham ou encaminharam, já 34,2%, 13 profissionais não encaminham e um participante (2,06%) não respondeu.

4. Conclusão

A implementação de um modelo de atenção à saúde busca assegurar uma atenção efetiva e eficiente, fornecendo o autocuidado apoiado e assistência profissional adequada nos diversos níveis de atenção da rede, observando as necessidades individuais e coletivas. A Atenção Primária de Saúde deverá ser o ponto central da rede de atenção, sendo a responsável pela coordenação do cuidado e pela organização das redes de atenção a saúde.

A partir da análise dos resultados obtidos neste trabalho, pode-se concluir que os participantes desta pesquisa, embora tenham afirmado quase a metade não terem participado de nenhuma capacitação ou curso que abordasse a estratificação de risco em diabetes e hipertensão, possuíam um conhecimento prévio acerca de tais doenças, provavelmente adquirido durante a sua formação acadêmica ou na sua atuação profissional.

Em suma, o conhecimento da estratificação de risco dos usuários com mais da metade estratificado como alto risco para eventos cardiovasculares é um dado preocupante nesta amostra e, mesmo que a cobertura não tenha sido de toda população, necessitando de continuação do estudo, com a ampliação da investigação, os dados apresentados devem ser considerados de relevância, porque, isoladamente, já são importantes no contexto de risco cardiovascular, mostrando a necessidade de um melhor planejamento estratégico de intervenção, com o objetivo de promover mudanças no estilo de vida desse grupo de risco, no contexto da pesquisa.

Concluindo, as limitações observadas na pesquisa, todavia, não devem comprometer a necessária reflexão sobre a necessidade de nova abordagem ao paciente hipertenso e diabético na atenção primária, sendo na proposta de capacitação a possibilidade de aprofundamento do conhecimento em temas relativos a doenças crônicas de caráter não transmissíveis a exemplo da hipertensão e diabetes.

Referências

- Campolina, A. G., Adami, F., Santos, J. L. F., & Lebrão, M. L. (2013). A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas, *Cad. Saúde Pública*, 29(6), 1217-1229. <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vys8ffMxdvVDPBknSR6bYHp/abstract/?lang=pt>
- Codato, L. A. B., & Nakama, L. (2006). Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa. *Revista Espaço para a Saúde*, 8(1), 34-35. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-456248>
- Duarte, E. C., & Barreto, S. M. (2012). Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 21(4), 529-532, 2012. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>
- Guimarães, R. M., Andrade, S. S. C. A., Machado, E. L., Bahia, C. A., Oliveira, M. M., & Jacques, F. V. L. (2015). Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. *Rev. Panam Salud Publica*, 37(2), 83-89. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n2/83-89/pt>
- Lavras, C. (2011). Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc.*, 20(4), 867-874. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
- Lira, L. B. S., Santos, D. S., Neves, S. J. F., Nagliate, P. C., Lira, L. B. S., Pereira, E. A. T., & Cavalcante, M. V. (2018). Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário. *Rev Enferm UFPE*, 12(9), 2334-40. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234878>
- Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
- Moreira, T. M. M., Gomes, E. B., & Santos, J. C. (2010). Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Rev Gaúcha Enferm.*, 31(4), 662-669. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400008>
- Nascimento, E. S., Branco, M. P. F. C., Moreira, A. K. F., & Hazime, F. A. (2012). Estratificação do risco cardiovascular global em hipertensos atendidos numa unidade de Saúde da Família de Parnaíba, Piauí. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 25(3), 287-294. 10.5020/18061230.2012.p287
- Paschoarelli, L. C., Medola, F. O., & Bonfim, G. H. C. (2015). Características Qualitativas, Quantitativas e Quali-quantitativas de Abordagens Científicas: estudos de caso na subárea do Design Ergonômico. *Revista de Design, Tecnologia e Sociedade*, 2(1), 65-78. <https://periodicos.unb.br/index.php/design-tecnologia-sociedade/article/view/15699>
- Pereira, A. V., & Silva, P. A. (2018). Estratégia de Saúde da Família no bairro Jardim Surubi/Itaperuna (RJ): Análise de Acompanhamentos Hipertensão Arterial e Diabetes. *JMPHC - Journal of Management & Primary Health Care*, 9. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.512>
- Pimenta, H. B., & Caldeira, A. P. (2014). Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1731-1739. <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-de-risco-cardiovascular-do-escore-de-framingham-entre-hipertensos-assistidos-por-equipes-de-saude-da-familia/14591?id=14591>
- Santos, F. R., & Mendez, R. D. R. (2014). Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos atendidos. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 5(4), 2646-58. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/1137>
- Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. (2016). *Diretrizes clínicas: Diabetes Mellitus*. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes_Clinicas_2016/Diretrizes_diabetes_hipertensao_pdf.pdf
- Secretaria Regional III da Prefeitura de Fortaleza. (2019). *Institucional*. Fortaleza: Secretaria Regional III da Prefeitura de Fortaleza. <https://www.fortaleza.ce.gov.br/institucional/a-secretaria-317>
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2016, setembro). VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 107(3), supl. 3. http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2015). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015*. AC Farmacêutica.
- Tesser, C. D., & Poli, N. P. (2017). Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 22(3), 941-951. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
- Theme Filha, M. M., Souza, P. R. B. Jr., Damacena, G. N., & Szwarcwald, C. L. (2015). Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 18(supl.2), 83-96. <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/z5BVRyb7cG67yLg9BYCMmgQ/?lang=pt>