

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA.
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE**

Joaby Natalino Farias Dantas

**DO MONITORAMENTO À INTERVENÇÃO: AVALIAÇÃO DO RISCO
CARDIOVASCULAR EM PACIENTES DOMICILIARES COM HIPERTENSÃO E
DIABETES**

**Belo Horizonte
2025**

Joaby Natalino Farias Dantas

**DO MONITORAMENTO À INTERVENÇÃO: AVALIAÇÃO DO RISCO
CARDIOVASCULAR EM PACIENTES DOMICILIARES COM HIPERTENSÃO E
DIABETES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor (a) Ana Paula Vilas Boas Wheberth.

Belo Horizonte

2025

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA**

ATA DA AVALIAÇÃO FINAL PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Curso: ESPECIALIZAÇÃO MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - CEMFC

Candidato: JOABY NATALINO FARIAS DANTAS

Título do Trabalho: Do Monitoramento à Intervenção: Avaliação do Risco Cardiovascular em pacientes domiciliares com Hipertensão e Diabetes

Comissão Examinadora: **Silvia Mello dos Santos**
e Ana Paula vilas Boas Wheberth

Orientador(a): **Ana Paula vilas Boas Wheberth**

Banca Avaliadora: **Silvia Mello dos Santos**

Aos **04** dias do mês de **Julho** de **2025**, a Comissão Examinadora, aprovada pela Comissão Coordenadora do Curso de Especialização Medicina de Família e Comunidade – CEMFC, reuniu-se por videoconferência para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), requisito parcial para a obtenção do **Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade**. O TCC foi considerado **aprovado** e o resultado final foi comunicado publicamente ao candidato(a). Esta ata está assinada por todos os membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, **04** de **Julho** de **2025**

Documento assinado digitalmente

gov.br

ANA PAULA VILAS BOAS WHEBERTH

Data: 03/07/2025 13:44:10-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

ORIENTADOR(A)

gov.br

AgSUS

UNIACTIC

Médicos

SUS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
UNIAO E RECONSTRUÇÃO

Documento assinado digitalmente

gov.br

SILVIA MELLO DOS SANTOS

Data: 03/07/2025 11:49:13-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

BANCA AVALIADORA

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF) Marruás, localizada no município de Tauá, Estado do Ceará, com foco no acompanhamento de pacientes acamados e domiciliados portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Considerando a elevada carga de morbimortalidade associada a essas condições crônicas, especialmente quando coexistem no mesmo indivíduo, o projeto visa à estratificação do risco cardiovascular e à implementação de medidas de cuidado integral. A metodologia adotada compreende a identificação ativa dos pacientes por meio de dados fornecidos pela equipe de saúde da família e agentes comunitários de saúde, realização de visitas domiciliares para aferição da pressão arterial e coleta de exames de hemoglobina glicada, aplicação de protocolos clínicos de estratificação de risco e execução de intervenções conforme a vulnerabilidade detectada, incluindo ajuste terapêutico, educação em saúde e seguimento periódico. Os resultados esperados incluem a melhoria nos parâmetros clínicos de controle, a redução de complicações evitáveis, a ampliação da cobertura de ações que pontuam nos indicadores do Programa Previne Brasil e o fortalecimento da coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde. O projeto pretende ainda contribuir para a qualificação das práticas assistenciais da equipe e para a promoção da saúde dos usuários em situação de maior fragilidade.

Palavras-chave: hipertensão; diabetes mellitus; estratégia saúde da família; atenção domiciliar.

ABSTRACT

This work is an intervention project developed within the Marruás Family Health Strategy (ESF), located in the municipality of Tauá, State of Ceará, focusing on the follow-up of bedridden and homebound patients with systemic arterial hypertension (SAH) and/or type 2 diabetes mellitus (T2DM). Considering the high burden of morbidity and mortality associated with these chronic conditions—especially when they coexist in the same individual—the project aims to stratify cardiovascular risk and implement comprehensive care measures.

The methodology includes the active identification of patients using data provided by the family health team and community health workers, home visits for blood pressure measurement and glycated hemoglobin testing, application of clinical risk-stratification protocols, and implementation of interventions according to the vulnerabilities identified, including therapeutic adjustment, health education, and regular follow-up.

The expected results include improved clinical control parameters, reduction of preventable complications, expanded coverage of actions that contribute to the Previner Brasil program indicators, and strengthened care coordination in Primary Health Care. The project also aims to contribute to the qualification of the team's care practices and to the promotion of health among users in situations of greater vulnerability.

Keywords: hypertension; diabetes mellitus; family health strategy; home Care.

SUMÁRIO

1. Introdução	6
2. Justificativa	9
3. Fundamentação teórica	11
4. Objetivos	16
4.1 Objetivos gerais.....	16
4.2 Objetivos específicos.....	16
5. Metodologia	17
5.1 Tipo de estudo.....	17
5.2 População e local do estudo.....	17
5.3 Identificação dos pacientes.....	17
5.4 Coletas de dados.....	17
5.5 Estratificação de risco.....	17
5.6 Intervenção.....	18
5.7 Aspectos éticos.....	18
6. Resultados esperados	19
7. Considerações finais	21
Referenciâs bibliográficas	22

1. Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM), configuram-se como relevantes desafios para a saúde pública contemporânea, em razão de sua elevada prevalência, impacto na qualidade de vida dos indivíduos e expressiva contribuição para os índices de morbimortalidade, tanto em nível nacional quanto global. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, essas doenças são responsáveis por aproximadamente 70% de todas as mortes no mundo e no Brasil, o que evidencia sua magnitude e a necessidade de estratégias específicas de enfrentamento. (WHO, 2020)

Quando não adequadamente monitoradas e tratadas, a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* predis põem a complicações de natureza cardiovascular, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP), eventos estes que lideram as causas de óbito e incapacitação entre adultos e idosos no Brasil. (CESENA, 2017) Neste contexto, a estratificação do risco cardiovascular desponta como dispositivo imprescindível para a identificação precoce de indivíduos em maior vulnerabilidade e para o direcionamento de medidas preventivas e terapêuticas mais eficazes.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o papel da Equipe Saúde da Família (ESF) é central para o acompanhamento longitudinal de pessoas com doenças crônicas. A ESF, estratégia prioritária de reorganização da atenção básica no país, segundo definições do Ministério da Saúde (2017), deve promover a vigilância em saúde, o cuidado contínuo e a adoção de práticas de prevenção secundária, como a estratificação do risco cardiovascular. Esse procedimento corrobora para o cumprimento dos indicadores do programa Previne Brasil, sendo fundamental para o alcance de melhores resultados em saúde e para a otimização do financiamento público.

Dentre os parâmetros mínimos para o adequado monitoramento de pacientes com hipertensão e *diabetes mellitus*, destacam-se a aferição periódica da pressão arterial e a solicitação da hemoglobina glicada, preferencialmente em intervalo semestral, conforme orientações da Nota Técnica n 64/2022. (BRASIL, 2022)

Todavia, na área de abrangência da Equipe Saúde da Família Marruás, situada no município de Tauá, Estado do Ceará, verifica-se uma lacuna significativa no acompanhamento de pacientes domiciliados e acamados, notadamente aqueles acometidos por HAS e/ou DM. Este grupo populacional, constituído majoritariamente por adultos jovens com limitações funcionais e idosos em situação de fragilidade, permanece à margem dos fluxos assistenciais habituais, em virtude da dificuldade de

locomoção até a unidade de saúde, conforme alerta Mendes (MENDES, 2012) sobre a necessidade de adaptações na assistência às populações em maior vulnerabilidade.

Esta realidade contribui para a subnotificação da estratificação de risco cardiovascular, para a inconsistência na aferição da pressão arterial e para a ausência de controle laboratorial da glicemia, contrariando as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que ressaltam a importância do monitoramento sistemático desses parâmetros para a prevenção de eventos cardiovasculares maiores (PRÉCOMA; ET, 2019). Além disso, a situação clínica desses indivíduos é agravada pela presença de antecedentes de IAM, AVC ou DAOP, condições que, segundo Lotufo e Benseñor, elevam substancialmente o risco de novos eventos adversos (BENSEÑOR; LOTUFO, 2019).

Em face deste contexto, a implementação de um projeto de intervenção voltado para a estratificação do risco cardiovascular de pacientes hipertensos e diabéticos domiciliados e/ou acamados revela-se medida indispensável. Propõe-se, neste sentido, a realização de visitas domiciliares regulares, com coleta de informações clínicas essenciais, como aferição da pressão arterial, anamnese direcionada e solicitação de exames laboratoriais pertinentes, aliados à aplicação de protocolos de estratificação de risco validados cientificamente.

Tal iniciativa visa não apenas garantir a categorização adequada dos pacientes conforme seu grau de risco cardiovascular, mas também viabilizar intervenções terapêuticas personalizadas, promover o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e o usuário e assegurar a melhoria dos desfechos clínicos. Além disso, almeja-se, conforme apontam Starfield (2002) e Mendes (2012), reforçar o princípio da equidade no acesso aos serviços de saúde, ofertando cuidado integral e centrado nas necessidades específicas dos grupos mais vulneráveis. (STARFIELD, 2002)

O presente projeto fundamenta-se, portanto, na premissa de que a estratificação de risco cardiovascular é um dispositivo crucial para a qualificação da atenção às doenças crônicas não transmissíveis no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Pretende-se, com sua execução, não apenas elevar os indicadores pactuados no Previner Brasil, mas também contribuir de maneira efetiva para a redução das iniquidades em saúde e para a consolidação de práticas assistenciais mais humanizadas e resolutivas. (BRASIL, 2021)

À luz das diretrizes nacionais e internacionais vigentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024), reafirma-se que a identificação precoce do risco cardiovascular e a intervenção oportuna são estratégias capazes de modificar positivamente o curso das doenças

crônicas, reduzir a ocorrência de complicações graves e proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes. Trata-se, assim, de um compromisso ético com a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a efetivação do direito à atenção integral, longitudinal e de qualidade para todos os cidadãos assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). ([BRASIL, 2024](#))

2. Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o *diabetes mellitus* (DM) são condições crônicas com alta prevalência na população brasileira, estando entre as principais causas de morbimortalidade relacionadas a eventos cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e doença arterial obstrutiva periférica (DAOP). A estratificação de risco cardiovascular é um dispositivo essencial no manejo desses pacientes, permitindo a identificação precoce de indivíduos com maior probabilidade de desenvolver complicações graves, possibilitando a implementação de medidas preventivas e terapêuticas direcionadas (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020).

A área de atuação deste projeto possui uma significativa parcela de pacientes com HAS e DM que são domiciliados ou acamados, muitos dos quais não conseguem comparecer às unidades de saúde para consultas regulares devido a limitações físicas, como mobilidade reduzida ou condições incapacitantes. Essa situação gera uma lacuna no cuidado, pois a estratificação de risco cardiovascular, que deve ser realizada periodicamente, acaba sendo negligenciada. Além disso, a aferição de pressão arterial e a solicitação de hemoglobina glicada nesses pacientes nem sempre ocorre dentro dos prazos recomendados, comprometendo a qualidade do acompanhamento.

É importante ressaltar que pacientes domiciliados e acamados, especialmente aqueles que já sofreram eventos cardiovasculares prévios, como AVC, IAM ou DAOP, apresentam um risco ainda maior de novos eventos, demandando um cuidado mais atento e contínuo. Estudos demonstram que a estratificação adequada do risco cardiovascular está associada à redução da mortalidade e melhora da qualidade de vida desses pacientes (Ministério da Saúde, 2022). Sem a devida estratificação e abordagem individualizada, as intervenções preventivas tornam-se ineficazes, aumentando o risco de complicações e hospitalizações.

Dessa forma, o presente projeto busca suprir essa necessidade não atendida, promovendo a coleta de dados clínicos essenciais durante visitas domiciliares e aplicando critérios de estratificação de risco para uma abordagem mais direcionada e eficiente. A intervenção proposta visa não apenas melhorar o manejo clínico desses pacientes, mas também reduzir o impacto das doenças crônicas na sua qualidade de vida e na rede de saúde pública.

Conforme destaca a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020), "a identificação precoce do risco cardiovascular e a intervenção adequada podem modificar o curso das doenças cardiovasculares, reduzindo a ocorrência de eventos adversos e promovendo uma melhor qualidade de vida para os pacientes". Essa perspectiva

reforça a importância de ações direcionadas para populações vulneráveis, como a dos pacientes acamados e domiciliados, que enfrentam barreiras adicionais para o acesso a cuidados de saúde adequados.

3. Fundamentação teórica

O acesso oportuno e equitativo aos serviços de saúde é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) e condição indispensável para a efetividade da atenção primária. A garantia do acesso, sobretudo para populações em situação de vulnerabilidade clínica ou social, representa não apenas uma diretriz legal, mas uma exigência ética e operacional para a consolidação de um modelo de cuidado que seja, de fato, resolutivo (Lei n 8.080, 1990). No contexto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o *diabetes mellitus* (DM), o acesso contínuo a consultas, exames e terapias é determinante para a prevenção de complicações e para o controle adequado dos fatores de risco. A literatura e os marcos normativos do Ministério da Saúde indicam que lacunas de acesso, principalmente em áreas rurais ou em grupos com mobilidade reduzida, comprometem a vigilância em saúde, atrasam intervenções essenciais e perpetuam desigualdades evitáveis no cuidado (STARFIELD, 2002).

A consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) implicou em uma reorganização profunda das práticas assistenciais, sobretudo por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja missão compreende o acompanhamento longitudinal de indivíduos e famílias em seus contextos singulares, com ênfase na integralidade e na equidade do cuidado (BRASIL, 2017). Nesse arranjo assistencial, o manejo das DCNT, particularmente da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus*, torna-se um dos pilares da atuação da equipe multiprofissional. A efetividade dessa abordagem depende do reconhecimento e monitoramento sistemático dos fatores que amplificam o risco cardiovascular em populações específicas, como os pacientes domiciliados com mobilidade reduzida.

No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por aproximadamente 975 mil mortes, o que representa cerca de 74% de todos os óbitos registrados no país. Além disso, a probabilidade de morte prematura (entre 30 e 70 anos) por DCNT — incluindo doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas — é estimada em 17%, índice ainda elevado para um país de renda média como o Brasil. Esses dados corroboram a urgência de intervenções sistêmicas que privilegiem a atenção primária centrada na pessoa, com ênfase na prevenção, na estratificação de risco e no monitoramento contínuo dos principais fatores determinantes dessas condições.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida, segundo as Diretrizes

Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020, como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial 140/90 mmHg, sendo uma das principais causas modificáveis de morbimortalidade cardiovascular (BARROSO, 2020). A meta pressórica deve ser individualizada, mas, de forma geral, recomenda-se atingir valores abaixo de 130/80 mmHg em indivíduos com alto risco cardiovascular, como diabéticos ou aqueles com lesões de órgão-alvo. O *diabetes mellitus* constitui um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que têm em comum a hiperglicemia crônica. Os dois principais tipos são o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e o tipo 2 (DM2). O DM1 caracteriza-se por destruição autoimune das células beta pancreáticas, levando à deficiência absoluta de insulina, sendo mais comum em crianças e adultos jovens (MELO, 2023). Já o DM2 resulta de um defeito progressivo na secreção de insulina em associação à resistência à sua ação, sendo mais prevalente em adultos, especialmente em contextos de sobrepeso, sedentarismo e envelhecimento populacional (BAHIA; ALMEIDA-PITITTO, 2023).

Outros tipos menos frequentes incluem o diabetes gestacional, que ocorre durante a gravidez, e formas específicas associadas a condições genéticas, pancreatopatias, uso de medicamentos e doenças endócrinas. A abordagem clínica deve considerar essas variações etiológicas, especialmente em contextos de estratificação de risco cardiovascular. (ADA, 2025)

A meta de controle glicêmico recomendada para a maioria dos adultos com DM1 ou DM2 é uma hemoglobina glicada (HbA1c) inferior a 7,0%. Em idosos ou pacientes com múltiplas comorbidades, pode-se adotar metas mais flexíveis, entre 7,5% e 8,0%, a depender da funcionalidade e do risco de hipoglicemia (ADA, 2025).

A identificação precoce de indivíduos com maior propensão a desenvolver complicações cardiovasculares permite uma abordagem mais assertiva, reduzindo a probabilidade de desfechos graves, como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e morte súbita. Para isso, é necessário o emprego de dispositivos clínico-epidemiológicos que possibilitem uma estratificação criteriosa do risco cardiovascular. De acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, a estratificação inicia-se com o cálculo do escore de risco global de Framingham, considerando variáveis como idade, pressão arterial sistólica, colesterol total, HDL-c, sexo, tabagismo, presença de diabetes e tratamento da hipertensão. Com base nesse escore, os indivíduos são classificados inicialmente como de risco baixo (<5%), intermediário (mulheres com risco entre 5–10% e homens entre 5–20%) ou alto (mulheres com risco >10% e homens >20%) para eventos cardiovasculares em 10 anos. (CESENA, 2017)

Contudo, essa classificação pode ser reajustada com base na presença de fatores agravantes, como histórico familiar de doença arterial coronariana prematura,

proteína C-reativa de alta sensibilidade (PCRas) > 2 mg/L, síndrome metabólica e evidências de aterosclerose subclínica. A presença de qualquer desses fatores pode reclassificar um indivíduo inicialmente de risco intermediário para alto risco, mesmo com escore de Framingham aparentemente favorável. Assim, o risco cardiovascular pode ser classificado em três grupos principais: baixo risco, onde o foco é manter hábitos saudáveis; risco intermediário, onde se reforça a vigilância e possível início de terapias; e alto risco, onde intervenções farmacológicas como estatinas e rigoroso controle pressórico e glicêmico tornam-se mandatórios.

Além disso, a estratificação de risco cardiovascular com base em diretrizes brasileiras, como as que constam no documento de Cesena et al., permite identificar indivíduos com maior probabilidade de eventos futuros, categorizando-os em baixo, intermediário ou alto risco, conforme parâmetros laboratoriais, antecedentes clínicos e presença de fatores agravantes. Esse escore é essencial para a definição de estratégias preventivas, como a introdução de estatinas ou o ajuste rigoroso de metas pressóricas e glicêmicas. (CESENA, 2017)

Essa abordagem se alinha com as recomendações da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que reforça a necessidade da estratificação em todos os níveis de atenção, inclusive na atenção domiciliar, a fim de nortear condutas como a introdução de estatinas, mudanças no estilo de vida e ajustes de metas terapêuticas individualizadas. Deste modo, incorporar a estratificação de risco cardiovascular de forma sistemática nas visitas domiciliares da Estratégia Saúde da Família (ESF) contribui não apenas para o cuidado personalizado, mas também para a eficiência das políticas de prevenção e manejo das DCNT no SUS.

Além das diretrizes clínicas, destaca-se o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030, também conhecido como Plano de DANT. Esse documento norteador define metas e indicadores para reduzir a mortalidade prematura por DCNT, incluindo hipertensão e diabetes, em um terço até 2030. As estratégias do plano incluem o fortalecimento da Atenção Primária, a vigilância de fatores de risco, a organização da Rede de Atenção à Saúde e a qualificação da força de trabalho. Dentre os indicadores, destaca-se a probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT e a taxa de mortalidade prematura por causas específicas (BRASIL, 2024). A adoção de práticas como a estratificação de risco cardiovascular nas visitas domiciliares da ESF está em consonância com os objetivos do plano, permitindo a priorização de intervenções junto aos indivíduos com maior vulnerabilidade clínica.

A despeito das recomendações normativas, a aplicação sistemática desses instrumentos no âmbito domiciliar ainda é limitada. Fatores como a sobrecarga das equipes de saúde, escassez de recursos logísticos e descontinuidade na coleta de parâmetros clínicos essenciais dificultam o acompanhamento longitudinal dos indivíduos com mobilidade comprometida. A OPAS destaca que a fragmentação dos serviços e a ausência de práticas integradas entre os protocolos clínicos e a realidade cotidiana comprometem a vigilância em saúde e a construção de planos terapêuticos coerentes com a complexidade dos casos. (OPAS, 2011)

Nesse contexto, é importante destacar que pacientes acamados ou em condição de restrição ao leito constituem uma população com risco cardiovascular frequentemente subestimado. Fatores como inatividade física, polifarmácia, comorbidades e dependência funcional aumentam consideravelmente a vulnerabilidade a eventos adversos.

Com a introdução do modelo de financiamento baseado em desempenho do programa Previner Brasil, houve a definição de indicadores clínicos que priorizam o controle da pressão arterial e da hemoglobina glicada em pessoas com diagnóstico de hipertensão ou diabetes. A Nota Técnica n 64/2022, da Coordenação-Geral de Doenças Crônicas na Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, detalha o monitoramento da Portaria GM/MS n 2.110/2022, que institui incentivo financeiro para apoiar a implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV) na APS. Essa estratégia busca promover ações qualificadas de prevenção, controle e acompanhamento das doenças cardiovasculares, com foco na hipertensão arterial sistêmica (HAS) e no *diabetes mellitus* (DM).

A nota técnica estabelece três indicadores principais: (i) proporção de pessoas com risco cardiovascular avaliado; (ii) proporção de pessoas com diabetes que realizaram ao menos uma consulta e avaliação da hemoglobina glicada nos últimos seis meses; e (iii) proporção de pessoas com hipertensão que realizaram consulta e aferição da pressão arterial no mesmo período. O alcance das metas vinculadas a esses indicadores é condição para manutenção dos recursos transferidos, o que reforça a necessidade de organização sistemática do processo de cuidado, inclusive no âmbito domiciliar. A estratificação do risco cardiovascular, segundo a nota, deve ser realizada anualmente em todos os indivíduos entre 40 e 74 anos, com base em fatores clínicos e laboratoriais, permitindo definir parâmetros de cuidado e periodicidade de acompanhamento. Tais ações precisam estar integradas às consultas clínicas e contemplar abordagens interdisciplinares que promovam o cuidado longitudinal e orientado por metas terapêuticas personalizadas. (BRASIL, 2022).

Diante desse panorama, torna-se fundamental repensar as estratégias de cuidado

domiciliar, priorizando a inclusão da estratificação de risco cardiovascular como componente regular das visitas realizadas pelas equipes da ESF. Para isso, é necessário fortalecer a capacitação técnica dos profissionais, bem como promover a integração entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Por fim, vale ressaltar que a lógica da APS pressupõe um cuidado centrado na pessoa, e não apenas na patologia, o que exige ações proativas, que considerem a singularidade de cada indivíduo e a complexidade de seu contexto de vida. A adoção sistemática da estratificação de risco cardiovascular no cuidado domiciliar contribui para ampliar a resolutividade da atenção primária e para mitigar as desigualdades em saúde, fortalecendo os princípios do SUS e alinhando-se às melhores práticas internacionais de cuidado centrado na comunidade (STARFIELD, 20

4. Objetivos

4.1 Objetivo Geral

Estratificar o risco cardiovascular de pacientes acamados ou domiciliados que sejam hiper- tensos, diabéticos ou apresentem ambas as condições, visando melhorar a qualidade do cuidado e prevenir eventos cardiovasculares.

4.2 Objetivos Específicos

Realizar atendimentos domiciliares para aferição de pressão arterial e solicitar hemoglobina glicada.

Identificar os pacientes com risco cardiovascular elevado e classificá-los de forma adequada.

Implementar medidas preventivas específicas para cada nível de risco, como ajustes na medicação, orientações dietéticas e incentivo à mobilidade quando possível.

Monitorar e avaliar a evolução desses pacientes regularmente para ajustar o plano de cuidado conforme necessário.

Lembre-se de colocar no corpo à frente, que existem diabético, hipertensos e (diabéticos e hipertensos).

5 Metodologia

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) Marruás, localizada no município de Tauá, Ceará. O projeto visa à estratificação do risco cardiovascular em pacientes acamados e domiciliados, portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou *diabetes mellitus tipo 2 (DM2)*, mediante avaliação clínica domiciliar e aplicação de protocolos validados.

5.2 População e Local de Estudo

A população-alvo compreende pacientes cadastrados na área de abrangência da ESF Marruás, totalizando 271 indivíduos com diagnóstico de hipertensão e 60 com diagnóstico de *diabetes mellitus*. Dentre estes, destacam-se 33 pacientes domiciliados, 42 pacientes diabéticos e hipertensos, 84 idosos considerados vulneráveis e 5 idosos acamados. O estudo será realizado no ambulatório da ESF Marruás, bem como nos domicílios dos pacientes incluídos, visando assegurar o acompanhamento próximo e contextualizado.

5.3 Identificação dos Pacientes

A identificação dos participantes será realizada por meio do levantamento de dados fornecidos pela equipe multiprofissional da ESF, incluindo o médico, o enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS, pela proximidade com a comunidade, atuarão na atualização cadastral e confirmação das condições de domicílio e acamamento dos pacientes, possibilitando o mapeamento preciso da população vulnerável a ser acompanhada.

5.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorrerá mediante visitas domiciliares programadas, realizadas pela equipe da ESF, composta por médico, enfermeiro e ACS. Durante essas visitas, serão aferidas a pressão arterial dos pacientes utilizando esfigmomanômetros devidamente calibrados e padronizados. Além disso, será solicitada a realização de exames laboratoriais, especialmente hemoglobina glicada, para avaliação do controle metabólico em pacientes diabéticos ou com ambas as comorbidades, conforme necessidade clínica e protocolos vigentes.

Serão registrados dados sociodemográficos, clínicos, funcionais e de adesão ao tratamento, bem como informações sobre hábitos de vida e suporte social, permitindo uma análise abrangente dos determinantes do risco cardiovascular.

5.5 Estratificação de Risco

A estratificação do risco cardiovascular será conduzida com base em protocolos reconhecidos pelas diretrizes nacionais de manejo da hipertensão e diabetes, tais

como a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. Esses protocolos consideram parâmetros clínicos e laboratoriais, fatores de risco adicionais (tabagismo, obesidade, histórico familiar), além da presença de complicações e comorbidades.

A aplicação desses critérios permitirá categorizar os pacientes em níveis de risco baixo, intermediário ou elevado, orientando as prioridades e estratégias de intervenção individualizadas

5.6 Intervenção

Consoante o nível de risco identificado, serão implementadas intervenções específicas, envolvendo:

- Ajustes na terapêutica medicamentosa, realizados em conjunto com o médico da ESF, para otimização do controle pressórico e glicêmico;
- Ações educativas direcionadas, focando na promoção de hábitos saudáveis, adesão ao tratamento e autocuidado;
- Monitoramento contínuo por meio de atendimentos domiciliares regulares, com reavaliação periódica dos parâmetros clínicos e adesão terapêutica;
- Encaminhamentos para serviços especializados, quando necessários, em casos de descompensação clínica ou complicações.

5.7 Aspectos Éticos

O estudo observará as normas éticas previstas na Resolução n 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo sigilo, confidencialidade dos dados e o consentimento informado dos participantes ou seus responsáveis legais.

6. Resultados esperados

Espera-se que a execução deste projeto de intervenção na Estratégia Saúde da Família (ESF) Marruás proporcione benefícios significativos, tanto no âmbito clínico quanto organizacional, promovendo a qualificação do cuidado e a melhoria dos indicadores de saúde da população atendida. Como principais resultados, almeja-se:

1. Mapeamento e Categorização da População-Alvo:

Espera-se identificar, de forma sistematizada, todos os pacientes domiciliados e acamados portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou *diabetes mellitus tipo 2* (DM2) da área de abrangência, possibilitando a construção de um cadastro atualizado e categorizado conforme o risco cardiovascular.

2. Estratificação Efetiva do Risco Cardiovascular:

Antecipadamente, prevê-se que a aplicação de protocolos validados permita estratificar adequadamente os pacientes em diferentes níveis de risco (baixo, moderado e alto), favorecendo a organização das ações de cuidado conforme as necessidades identificadas, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde.

3. Melhoria na Qualidade da Atenção Domiciliar:

Espera-se um fortalecimento das ações de atenção domiciliar, com a ampliação do monitoramento clínico de pacientes acamados e domiciliados, favorecendo a detecção precoce de agravos e a prevenção de complicações, tais como eventos cardiovasculares agudos, descompensações metabólicas e hospitalizações evitáveis.

4. Otimização da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas:

Como resultado indireto, estima-se que o projeto contribuirá para o aperfeiçoamento da linha de cuidado das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na ESF Marruás, mediante a implementação de uma abordagem centrada na estratificação de risco e no planejamento de intervenções específicas.

5. Aprimoramento dos Indicadores do Programa Previne Brasil:

Prevê-se a elevação da qualidade e da quantidade dos registros das ações de saúde, com impacto positivo na captação ponderada e nos indicadores do Programa Previne Brasil, uma vez que serão sistematicamente

contabilizadas as aferições de pressão arterial, o acompanhamento de pacientes com diabetes e hipertensão e as ações de visita domiciliar a pessoas acamadas e/ou domiciliadas.

6. Fortalecimento do Trabalho em Equipe:

Espera-se o fortalecimento das práticas colaborativas entre os profissionais da ESF Marruás, sobretudo entre médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde, promovendo uma atuação mais integrada, resolutiva e orientada para o território.

7. Sensibilização dos Pacientes e Cuidadores:

Adicionalmente, espera-se que o projeto favoreça o empoderamento dos pacientes e de seus cuidadores, por meio de ações educativas sobre autocuidado, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, promovendo maior autonomia e qualidade de vida.

Em suma, o projeto visa consolidar um modelo assistencial mais proativo, resolutivo e humanizado no acompanhamento de pacientes crônicos domiciliados e acamados, alinhado aos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e aos objetivos estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

7. Considerações finais

Este projeto de intervenção visa qualificar o acompanhamento dos pacientes acamados e domiciliados portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou *diabetes mellitus tipo 2* vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) Marruás, situada no município de Tauá, Ceará. Ressalte-se que, dentre esses usuários, há significativa sobreposição de diagnósticos, evidenciando-se a coexistência de HAS e DM2 em um mesmo indivíduo, condição que potencializa o risco cardiovascular e exige abordagens clínicas ainda mais rigorosas e integradas.

A implementação das ações propostas, como a identificação ativa desses pacientes, a estratificação do risco cardiovascular conforme protocolos estabelecidos e a realização de intervenções terapêuticas e educativas específicas, busca fortalecer a vigilância em saúde, reduzir a morbimortalidade associada às doenças crônicas e aprimorar os indicadores de desempenho da equipe, com ênfase nas metas estabelecidas pelo Programa Previne Brasil.

Adicionalmente, a intensificação das visitas domiciliares configura-se como uma estratégia fundamental para assegurar a continuidade do cuidado e o monitoramento periódico dos parâmetros clínicos, como pressão arterial e hemoglobina glicada, especialmente em pacientes restritos ao domicílio ou ao leito. Tal abordagem está em consonância com os princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS), notadamente a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

Espera-se que, com a execução deste projeto, a equipe de saúde da ESF Marruás consiga otimizar suas práticas assistenciais, promovendo a atuação multiprofissional colaborativa e fortalecendo o vínculo com os pacientes e seus familiares. A expectativa é de que, a médio prazo, se observe uma melhora no controle clínico das condições crônicas, a prevenção de complicações agudas e a redução de internações hospitalares evitáveis, impactando positivamente na qualidade de vida dessa população vulnerável.

Por fim, a sistematização desta intervenção poderá constituir uma experiência exitosa e replicável, subsidiando a formulação de novas estratégias voltadas ao enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no âmbito da Atenção Primária, reafirmando o compromisso ético e social da equipe da ESF Marruás com a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a qualificação contínua do cuidado ofertado.

Referências

- ADA, A. D. A. P. P. C. *Standards of Care in Diabetes*. 2025. Disponível em: https://www.diabetesjournals.org/care/issue/48/Supplement_1. Acesso em: 20/04/2025. Citado na página 16.
- BAHIA, L.; ALMEIDA-PITITTO, B. d. *Tratamento do DM2 no SUS*. 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-do-dm2-no-sus/>. Acesso em: 20/04/2025. Citado na página 16.
- BARROSO, W. K. S. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020*. 2020. Disponível em: <http://www.departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 21/04/2025. Citado na página 15.
- BENSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. *Secondary prevention of cardiovascular disease in Brazil: lessons from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil)*. 2019. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9754281/pdf/1806-9460-spmj-137-06-477.pdf>. Acesso em: 26/04/2025. Citado na página 12.
- BRASIL, M. d. S. *PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017*. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20/04/2025. Citado na página 15.
- BRASIL, M. d. S. *Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde*. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em: 26/04/2025. Citado na página 18.
- BRASIL, M. d. S. *Manual instrutivo financiamento do APS*. 2021. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617_N_vpManualInstrutivoPrevine_8735032256307120348.pdf. Acesso em: 21/04/2025. Citado na página 12.
- BRASIL, M. d. S. *NOTA TÉCNICA Nº 64/2022-CGDCRO/DEPROS/SAPS/MS*. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-64-2022?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 26/04/2025. Citado na página 11.
- BRASIL, M. d. S. *Caderno de Indicadores do Plano de Dant 2021-2030*. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_indicadores_plano_dant2021_2030.pdf. Acesso em: 20/04/2025. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 17.
- CESENA, F. H. Y. *Estratificação de Risco Cardiovascular e Elegibilidade para*

Estatina com Base na Diretriz Brasileira vs. Norte-Americana para Manejo do Colesterol. 2017. Disponível em: <https://www.abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-108-06-0508/0066-782X-abc-108-06-0508-pt.x95083.pdf>. Acesso em: 21/04/2025. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 16.

MELO, K. F. S. d. *Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 1 no SUS.* 2023. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-do-diabetes-mellitus-tipo-1-no-sus/>>. Acesso em: 20/04/2025. Citado na página 16.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.* 2012. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49107/9788579670787-por.pdf>>. Acesso em: 20/04/2025. Citado na página 11.

OPAS, B. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate.* 2011. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_aps.pdf>. Acesso em: 21/04/2025. Citado na página 17.

PRÉCOMA, D. B.; ET, a. *Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia.* 2019. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>>. Acesso em: 26/04/2025. Citado na página 11.

STARFIELD, B. *Primary Care: balancing health needs, services, and technology.* 2002: [s.n.], 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 20/04/2025. Citado na página 12.

WHO, W. H. O. *Noncommunicable diseases progress monitor.* 2020. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330805/9789240000490-eng.pdf>>. Acesso em: 20/04/2025. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 15.