



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – CDEAD/ENSP
FIOCRUZ- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

GUSTAVO PONTES BUZZONI

Doenças Crônicas: Construindo uma proposta de intervenção em uma estatal

GUSTAVO PONTES BUZZONI

Doenças Crônicas: Construindo uma proposta de intervenção em uma estatal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Priscilla Caran Contarato

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha esposa, filhos e mãe, por todo o apoio e suporte durante este meu período de ausência e dedicação.

À minha orientadora, Priscilla Caran, por me nortear a trilhar o meu melhor caminho, sempre com muita dedicação e sabedoria.

À Fiocruz por todo o suporte que recebi e pela oportunidade de obter um conhecimento que julgo muito importante em minha formação profissional.

E ao meu pai e meu irmão pela oportunidade de ter convivido com eles e que eles estejam sempre com Deus.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são hoje a principal causa de óbitos no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. Atualmente de acordo com dados do Ministério da Saúde, as DCNT são responsáveis por 80% de toda a carga de doenças dos países em desenvolvimento, sendo que a aderência ao tratamento seja de apenas 20%.

As DCNT possuem um impacto significativo na produtividade e nos custos de uma empresa, sendo estimado que no Brasil até 2030, os casos de absenteísmo, presenteísmo e aposentadoria precoce, cuja causa são as doenças crônicas atinjam perdas de até 8,7% do PIB nacional. Estima-se que um obeso custa US\$ 1,4 mil por ano a mais para o empregador do que uma pessoa com peso normal, sendo que a redução de apenas 10% do peso, já é capaz de resultar em ganhos de saúde ao trabalhador e refletir diretamente na produtividade da empresa.

A empresa estatal Amazônia Azul Tecnologias de Defesa S.A.(Amazul), apresenta em seus quadros funcionários com alta taxa de prevalência de doenças crônicas, cujo impacto se revela no alto número de atestados médicos mensais e na falência do seu plano de Saúde de autogestão, que faliu devido ao alto número de internações por doenças crônicas descompensadas, mesmo a despeito de sucessivos reajustes de preço, para compensar os altos gastos.

Programas de atenção primária de saúde, podem resolver até 85% dos problemas de saúde, e é essencial que as corporações revejam, o seu modelo de administração nesta área, pois além de promover diretamente o aumento do bem-estar, qualidade e expectativa de vida dos funcionários, o impacto na redução dos custos é significativo. E é baseado nestas considerações que guio este trabalho, focando na implantação de medidas que promovam a Saúde e previnam as DCNT, dentro da empresa estatal Amazul.

Palavras-chave: Doenças crônicas. Atendimento Primário em Saúde, Empresa Estatal.

LISTA DE TABELAS

TABELA-1: Matriz de Programação de Ações I

TABELA-2: Matriz de Programação de Ações II

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
1.1 OBJETIVO.....	9
1.1.1 Objetivo Geral.....	9
1.1.2 Objetivos Específicos.....	9
REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2.1 Doenças Crônicas não Transmissíveis e seus impactos.....	9
2.2 Atenção Primária em Saúde.....	13
2.3 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	15
2.4 Diabetes Mellitus.....	16
2.5 Dislipidemia.....	17
2.6 Obesidade e Sobrepeso.....	17
O PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	19
1.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	19
1.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	22
1.4 GESTÃO DO PROJETO.....	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	36
ANEXO-A: Protocolo Manejo de Doentes Crônicos na Amazul.....	36
ANEXO-B: Ficha de cadastro no Projeto.....	49
ANEXO-C: Fluxograma de atendimento.....	50

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas, que em geral, estão relacionadas à múltiplas causas, possuem início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Possuem curso clínico que se altera de acordo com o tempo, apresentando períodos de agudização e podendo gerar incapacidades. Necessitam de intervenções com tecnologias leves até as mais complexas, associadas a mudanças de estilo de vida em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva a cura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com dados de 2019 da OMS, as doenças crônicas constituem um grande problema de saúde, correspondendo a 74% das causas de mortes, sendo responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. Hoje são responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2019).

Dados de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d) demonstram que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. Já a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países. O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011d). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além da altíssima mortalidade, as doenças crônicas também possuem uma forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por um grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Ressalta-se ainda o enorme impacto econômico que as doenças crônicas têm para o Brasil. Este está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010).

O paciente crônico necessita de cuidados integrais, tendo a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011a).

A Atenção Básica em Saúde (ABS) resolve cerca de 80% dos problemas de saúde da comunidade, promove à saúde e previne agravos, melhorando indicadores hospitalares (DJALMA et al,2020).

A ABS conta com recursos capazes de promover à Saúde, realizando a prevenção de doenças, além de proporcionar diagnósticos e intervenções precoces em várias situações, incluindo-se doenças infecciosas ou casos agudos. Através de intervenções simples de educação em saúde, são capazes de reduzir taxas de hospitalizações por doenças, tais como infecções de rim e trato urinário e desidratação. Muitas dessas doenças, mesmo se não forem prevenidas, podem ser manejadas ambulatorialmente e apenas por falta de assistência, poderiam levar à complicações que requeiram internação. Em especial pessoas com doenças crônicas ou multimorbidade, devem ter um acompanhamento regular pela ABS, prevenindo-se assim de complicações que levem à internação (DAYANNA et al,2020).

Um estudo com beneficiários do Medicare (Estados Unidos), que é um programa de saúde norte-americano, cujo maior foco são os idosos, demonstrou que as pessoas menos satisfeitas com a coordenação e qualidade do cuidado recebido na atenção primária, eram aquelas mais propensas a internações por condições sensíveis à atenção primária de saúde, em comparação com aquelas que estavam completamente satisfeitas (PEZZIN, 2018).

No estudo de Dayanne et al, 2018, em que analisou o impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis, foi verificado que após ajuste para variáveis sociodemográficas e de características do sistema de saúde, a qualidade da atenção básica dos municípios brasileiros apresentou

uma forte associação com as internações por doenças sensíveis à atenção primária, sendo que o número de internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios de menor nível de qualidade foi 21,2% maior do que nos municípios com o melhor nível.

De maneira coerente com o que ocorre devido à atual situação das doenças crônicas no Brasil, as unidades de maior complexidade (hospitais de grande porte) encontram-se superlotadas, não conseguindo corresponder ao que se espera deles, sobretudo pela grande demanda de pacientes com doenças crônicas descompensadas, que poderiam ter suas doenças solucionados pela Atenção Básica (AB), local de promoção, proteção da saúde e prevenção dos agravos.

Esta situação de alta prevalência de doenças crônicas na população brasileira e a necessidade de uma maior atenção ao atendimento primário e uma integralidade no atendimento de seus funcionários também foi evidenciada em uma estatal localizada em São Paulo, conhecida como Amazul.

, O grande número de alterações de exames laboratoriais, associados a uma observação de uma grande prevalência de patologias crônicas, de funcionários da empresa Amazul, em consultas de exames ocupacionais de Medicina do Trabalho, chamaram a atenção deste autor, que passou a investigar e buscar dados, das possíveis causas desta prevalência aumentada de doenças crônicas, dentro da empresa, e também buscar uma solução para a redução destas estatísticas alarmantes.

Os pacientes que possuem doenças crônicas, cursam com uma tendência de aumento da morbidade e conseqüentemente uma maior probabilidade de desenvolvimento de doenças cardíacas, tais como angina e infarto, entre outras patologias, tais como o Acidente Vascular Encefálico (AVC) e Ataque Isquêmico Transitório (AIT), problemas vasculares, renais, entre outros.

Esta alta prevalência de doenças crônicas acarreta em uma maior taxa de absenteísmo laboral, como consequência da descompensação das doenças de base e uma maior tendência de internação por este mesmo motivo. Estas internações prolongadas, foram tão impactantes que levaram a falência do Plano de Saúde de Autogestão da Amazul, chamado de PAMSE, no início do ano de 2020.

Ainda como consequência desta alta prevalência de doenças crônicas na Amazul, temos uma tendência de uma redução na expectativa de vida dos funcionários da empresa, e estes foram os fatos que motivaram este autor a desenvolver o presente trabalho.

OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Este presente estudo, possui como objetivo principal à ampliação da Atenção Primária em Saúde (APS), tendo como foco a prevenção de DCNT e a promoção à Saúde dos funcionários de uma estatal localizada na capital paulista chamada de Amazônia Azul Tecnologias de Defesa S.A. (Amazul).

Objetivos Específicos

- a) Diminuir as taxas de dislipidemias, os níveis pressóricos e os índices glicêmicos dos funcionários da Amazul;
- b) Realizar a prevenção de DCNT;
- c) Diminuir as taxas de absenteísmo na empresa;
- d) Diminuir as internações por doenças crônicas descompensadas.

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEUS IMPACTOS

As doenças crônicas se constituem no conjunto de condições patológicas, relacionadas a múltiplas causas, de início lento, com prognóstico incerto e com longa ou indefinida duração, podendo apresentar em sua evolução períodos de agudização, podendo gerar incapacidades e necessitando de intervenções que podem ser leves até aquelas mais pesadas.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 2019, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 74% das mortes no mundo todo, sendo que destas a mais impactante são as doenças cardiológicas que representam 20% do total de mortes (OMS, 2019).

As doenças crônicas podem ser congênitas, isto é que já se nasce com ela, ou não congênitas, cujo percurso é longo e o processo de cura é lento ou até inexistente, tendendo a se tornar uma condição permanente.

As DCNT de maior impacto letal são as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWAN et al, 2010). Cerca de 80,0% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29,0% das pessoas têm menos de 60 anos de idade. Nos países de renda alta, apenas 13,0% são mortes precoces (OMS,2011).

No Brasil, como nos outros países, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de grande magnitude, sendo que as principais causas de óbitos são as doenças do aparelho circulatório (DAC) (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (SCHMIDT et al, 2011).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, enfatizando ações populacionais para controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, predominantemente pelo controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Evidências demonstram que a saúde, está mais relacionada ao modo de vida das pessoas, do que das determinações genéticas e biológicas, sendo o sedentarismo, a alimentação não saudável, o consumo de álcool e tabaco, uso de drogas, stress, isolamento do homem nas grandes cidades, responsáveis em grande parte pela epidemia de sobrepeso e obesidade, e ainda pela alta prevalência de hipertensão arterial e pelas dislipidemias, sendo portanto, os fatores mais impactantes na determinação das DCNT (MALTA et al, 2006).

De acordo com dados da OMS de 2010, em torno de seis milhões de pessoas morrem a cada ano pelo uso do tabaco, tanto por utilização direta quanto por fumo passivo (OMS,2010). É estimado que o fumo cause, aproximadamente, 70,0% dos cânceres de pulmão, 42,0% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10,0% das doenças do aparelho circulatório (OMS,2009).

Já com relação à atividade física, as estimativas mostram que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física. (OMS,2009). Indivíduos sedentários possuem de 20,0 a 30,0% de aumento no risco, para todas as causas de mortalidade (OMS,2010). As atividades físicas praticadas de maneira regular, reduz o risco de diabetes, depressão, doença circulatória, além de câncer de mama e do cólon.

Com relação ao álcool, considera-se que o seu uso abusivo possa ser responsável por

2,3 milhões de mortes a cada ano, correspondendo a 3,8% de todas as mortes no mundo, sendo que mais da metade desses óbitos são provocados por DCNT, incluindo cirrose hepática, câncer e doenças do aparelho circulatório.

De acordo com estudos, verifica-se que o consumo adequado de frutas, legumes e verduras reduz os riscos de doenças do aparelho circulatório, câncer de estômago e câncer colorretal. (BAZZANO et al, 2003) (RIBOLI et al, 2003). Verifica-se ainda que a maioria das populações consome mais sal que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção de doenças (BROWN et al, 2009). Este consumo excessivo de sal é um importante determinante de hipertensão e risco de doenças cardiovasculares (OMS,2010). A alta ingestão de gorduras saturadas e ácidos graxos trans, também está associada às doenças cardíacas. (HU et al,1997). Devido ao baixo preço e fácil acesso, a alimentação não saudável, incluindo o consumo de gorduras, está aumentando rapidamente na população de baixa renda (OMS,2011).

Estima-se ainda que o excesso de peso e a obesidade causem 2,8 milhões de mortes a cada ano (OMS,2009). Dados da OMS, demonstram que os riscos de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam consistentemente com o aumento de peso (OMS, 2002). Já o índice de massa corporal (IMC) elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer (de mama, colorretal, de endométrio, rim, esôfago, pâncreas). (World Cancer Research, 2009). O excesso de peso tem crescido entre crianças e adolescentes, no mundo.

A epidemia de DCNT tem afetado, de maneira mais impactante, os indivíduos de baixa renda, que são os mais expostos aos fatores de risco e com menor acesso a serviços de saúde. Além disso, a presença dessas doenças cria um círculo vicioso, levando essas pessoas a maior estado de pobreza (OMS, 2011).

Além do grande problema de saúde causado pelas DCNT, evidenciados pela altíssima mortalidade e morbidade, com conseqüente diminuição da qualidade e expectativa de vida, existe ainda um impacto significativo na produtividade e nos custos de gestão de saúde nas empresas. De acordo com estudo conduzido pelo professor Bruce Rasmussen da Universidade de Victoria na Austrália, onde foi avaliado o impacto econômico das doenças crônicas na produtividade e na aposentadoria precoce, foi evidenciado que para o Brasil, as DCNT teriam um impacto na produtividade da força de trabalho e na aposentadoria precoce da população economicamente ativa, na ordem de 8,7% do PIB em 2030(VER BIBLIOGRAFIA).

As doenças crônicas possuem ainda um alto impacto financeiro quando se refere a

internações hospitalares, onde em um estudo sobre os custos do programa de gerenciamento de doentes crônicos de uma operadora de saúde, evidenciou que com o maior investimento em equipes de atendimento primário, houve uma redução de aproximadamente 52% dos custos com internação no ano posterior. Se somar os custos com a implantação do programa de atendimento primário, o custo da sua manutenção do mesmo e o total economizado em internações, tem-se uma redução nos custos totais em aproximadamente 48%. Do número total de pacientes, apenas 7% apresentou um custo com internação maior do que no ano anterior, ou seja, teve-se uma redução dos custos de internação, em 93% dos pacientes. Este estudo concluiu que a gestão eficiente em saúde, possibilita oferecer serviços para um número maior de usuários e sem prejudicar as operadoras de saúde, em especial quando se utiliza recursos que envolvam a prevenção de doenças crônicas, focadas no atendimento primário em saúde (SARAH et al, 2016).

Em um estudo sobre o impacto da atenção primária à saúde sobre os indicadores da assistência hospitalar no Piauí, foi evidenciado uma forte correlação negativa entre o aumento percentual acumulado de equipes instaladas de atendimento primário de saúde e a redução acumulada dos indicadores hospitalares, evidenciando que quanto maior a oferta de serviços de atendimento primário, menor os custos de internação hospitalares e conseqüentemente uma maior economia de recursos (DJALMA et al, 2020).

De acordo com um trabalho realizado sobre o impacto da inatividade física, sobre os custos de internação hospitalares em doenças crônicas, foi concluído que em torno de 15% dos custos financeiros hospitalares para o Sistema de Saúde do Brasil estava relacionado com a inatividade física. A maior porcentagem dos homens que não praticavam atividades físicas, estava relacionada à osteoporose, em torno de 35%, já entre as mulheres o diabetes representou a doença de maior impacto para a falta de atividades físicas, apresentando uma variação de 33 a 37% de acordo com as regiões do Brasil. As doenças isquêmicas do coração, foram as principais responsáveis pelos altos custos hospitalares totais, atribuíveis a inatividade física, seguido das doenças cerebrovasculares. A inatividade física apresentou um significativo impacto no número de admissões hospitalares e na evolução destes casos nas internações, apresentando um forte impacto financeiro (RENATA et al, 2013).

Estimativas apontam para um crescimento da população mundial com mais de 60 anos, onde para o ano de 2050, esta população esteja presente em torno de 2 bilhões de

peessoas, e como resultado deste crescimento da população idosa, teremos uma tendência a uma maior instalação de doenças crônicas. Este fato tem que ser o objeto de preocupação principal dos gestores, pois isto gerará em um aumento significativo nos custos em saúde em todo o mundo, que demandarão por tratamentos complexos e de longa duração. O gerenciamento de pacientes crônicos representa uma importante ferramenta para uma gestão eficiente de recursos em saúde. (RENATA et al, 2013).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

No dia 25 de outubro de 2018, países de todo o mundo assinaram a Declaração de Atana, cuja finalidade primordial seria de fortalecer seus sistemas de atenção primária de Saúde, para assim alcançar a cobertura universal de Saúde. A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000, discutiu sobre a importância da Atenção Primária à Saúde (APS). A sua declaração, que foi aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1979, e reconheceu a Saúde como um direito humano, estabeleceu os determinantes sociais da saúde e centralizou a participação das pessoas e da comunidade. Representou, portanto, o primeiro passo, para que os cuidados de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo, em particular os países em desenvolvimento, em um ambiente de ação internacional de cooperação técnica, focado principalmente no processo de assistência à saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão, expressava a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da Saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos. A síntese deste encontro, afirmava a partir de dez pontos que os cuidados de saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência, particularmente nos países em desenvolvimento. Naquele momento, foi estabelecido pela OMS o conceito de saúde como “completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Decorrente disso, o conceito de atenção primária convencional se tornou mais amplo e todos os países se depararam com a necessidade de providenciar mudanças para se adequarem ao novo conceito.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi sendo modelado há relativamente pouco tempo, seu início remonta à década de 1970, tendo sido acelerado na década de 1980 e sendo efetivamente instituído em 1990. O SUS foi estabelecido na Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, estando regulado pelas Leis nº 8.080 e nº8.142, ambas de 1990.

O SUS trouxe consigo princípios de universalidade, equidade e integralidade de atenção à Saúde, e diretrizes organizacionais de descentralização e participação da sociedade. O SUS incorporou ainda novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais para o provimento das ações e dos serviços de saúde no país, considerados como direito universal de cidadania e dever do Estado.

O SUS em consonância com a Declaração de Alma-Ata, também adotou uma concepção mais ampla de saúde, tendendo a migrar de um modelo de atenção curativa, para um modelo de atenção integral à população.

A atenção básica em saúde, é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo que o Programa de Saúde da Família (PSF) teve uma participação fundamental, para a expansão desta oferta de serviços de atendimento primário de saúde, pois com a implementação das equipes de PSF, foi verificada uma redução das mortalidades infantil, por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, da mortalidade em menores de cinco anos por diarreia e pneumonias e uma expressiva diminuição por condições sensíveis ao atendimento primário de saúde. (DAYANNA et al, xxxx).

Conforme Brasil (2012, p.54):

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, se ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

De acordo com o Projeto ICSAP (Interações por Condições Sensíveis ao Atendimento Primário) Brasil, que avaliou o impacto das ações do Programa de Saúde da Família na redução das interações hospitalares por condições sensíveis à atenção

básica em adultos e idosos, os resultados do projeto revelaram que a implementação da Estratégia de Saúde da família parece estar associada com a redução destas causas de internação por doenças sensíveis ao atendimento primário de saúde, mesmo à despeito de um conjunto de potenciais confundidores dessa associação tais como os determinantes sociais, econômicos e de serviços de saúde, que também podem influenciar no risco de internação. (ICSAP, XXXX).

A atenção primária de saúde no SUS, se caracteriza por uma intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, que fazem com que a oferta de serviços de saúde e as necessidades de atenção básica não tenham coerência e evidenciando-se inadequado para enfrentar os desafios de saúde atuais. (MENDES, 2011; BRASIL, 2010a).

O cuidado dos usuários com doenças crônicas deve ocorrer de forma integral, sendo que o modelo fragmentado não obtém sucesso, pelo fato de não conseguir chegar as condições individuais de cada indivíduo e por impor olhares e afazeres, que não condizem com a realidade daquele indivíduo, que necessita de atenção e cuidado de forma integral. (MALTA: MERHY, 2010).

A atenção integral, apenas ocorre, se o cuidado for organizado em rede, onde cada serviço deve ser ofertado como um componente único da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre, até atingir a integralidade que necessita. (MALTA: MERHY, 2010).

O Ministério da Saúde, buscando superar esta fragmentação da atenção em Saúde, publicou a Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se constituíram em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar, onde se destaca a atenção primária em saúde estruturada, como a principal porta de entrada no sistema, constituída por equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011a).

2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), se caracteriza por pressões no sistema arterial persistentemente elevadas em várias medições. A HAS é atualmente definida como uma pressão sistólica repetidamente maior do que 140 mm hg ou a pressão

diastólica de 90 mm hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

A HAS, é uma doença crônica multifatorial, que se caracteriza por níveis elevados de Pressão Arterial (PA). Possui alta prevalência e baixas taxas de controle. Essa condição clínica de HAS, é considerada como um dos mais principais fatores de risco modificáveis e um dos mais impactantes problemas de saúde da população, devido aos danos que podem causar nos pacientes (BRANDÃO et al., 2010).

Devido ao fato de se tratar de uma doença com altas taxas de prevalência no mundo inteiro, é fundamental, se desenvolver ações em saúde, que aumentem o controle da pressão arterial e assim minimizem a ocorrência de agravos decorrentes da HAS entre os usuários do atendimento primário em Saúde, focados na mudança de estilo de vida e na adesão ao tratamento farmacológico. Existem diversos estudos de revisão bibliográfica, que demonstram que a qualidade do contato humano é fundamental para promover o tratamento e acompanhamento do paciente portador de hipertensão (BECK et al, 2011).

Constitui-se também em um fator fundamental no tratamento do hipertenso, o entendimento, por parte do paciente, de que a sua saúde, não é de responsabilidade do setor de saúde, pois depende também de autocuidados, onde se incluem: estilo de vida saudável, com uma alimentação adequada e a realização de atividades físicas regulares (HAESER, BUCHELE, BRZOZOWSKI, 2012).

2.4 DIABETES MELLITUS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde:

“O termo Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999, apud BRASIL,2013, p.19).

À partir do momento do diagnóstico de diabetes realizado, o paciente deve ser indicado ao controle glicêmico regular, para assim poder estabilizar o nível do açúcar no sangue e desta maneira impedir ou retardar suas complicações agudas e crônicas, diminuindo as suas morbidade e mortalidade e aumentando a qualidade de vida.

Acontece, que a maioria dos diabéticos possuem como causa para o descontrole glicêmico, a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e das mudanças de hábitos de vida.

“O tratamento do DM tipo 2(DM2) inclui mudanças no estilo de vida, com a prática de exercícios físicos regularmente e o estabelecimento de uma dieta adequada. No caso de o tratamento não medicamentoso não atingir os resultados esperados, ou a adesão é insatisfatória, a terapia medicamentosa é instituída, iniciando-se com antidiabéticos orais (ADOs), e em determinadas situações, associa-se a insulina” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016 apud FIGUEIRA et al., 2017, p.2).

2.5 DISLIPIDEMIAS

A importância das dislipidemias encontra-se no fato de sua estreita relação com as doenças cardiovasculares, sendo um dos principais fatores de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica, juntamente com a hipertensão, a obesidade e o diabetes mellitus.

A doença aterosclerótica, é a principal causa de mortes no Brasil, possui origem multifatorial e a sua prevenção passa pela identificação e controle não somente das dislipidemias, como também dos seus conjuntos de fatores de risco.

As dislipidemias podem ser definidas, como distúrbios do metabolismo dos lípidos, apresentando repercussões sobre os níveis de lipoproteínas na circulação sanguínea, bem como sobre as concentrações de seus diferentes componentes (PRADO; DANTAS, 2002).

Apesar da grande importância dos fatores genéticos, o sexo, a idade no desenvolvimento das dislipidemias, a mudança de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas regulares, podem melhorar de forma significativa o curso desta doença, além de serem intervenções de baixo custo (RIQUE et al, 2012).

2.6 OBESIDADE E SOBREPESO

A obesidade e o sobrepeso, já foram classificados pela OMS, como a doença do século XXI, sendo um problema de saúde pública igualável ao da desnutrição. Antes, era mais prevalente nos países desenvolvidos, hoje, porém devido a grande disponibilidade de alimentos calóricos e um estilo de vida sedentário, está presente também de maneira bem impactante nos países subdesenvolvidos.

A OMS utiliza o IMC (Índice de Massa Corporal) para classificar a obesidade da população, o cálculo divide o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. Acima de 25 kg/m², o paciente encontra-se com sobrepeso, de 30 kg/m² até 35 kg/m², ele encontra-se com obesidade grau-1, entre 35 kg/m² até 40 kg/m², é considerada obesidade grau-2 e acima de 40 kg/m², é a obesidade grau-3 ou mórbida, que é diretamente relacionada ao aumento da mortalidade e a ocorrência de diversas outras doenças associadas, conhecidas como comorbidades.

A obesidade é uma doença crônica e multifatorial e seu tratamento consiste em diversas abordagens, que vão desde da parte nutricional, passando pelo medicamentoso e a prática de atividades físicas e podendo chegar até no tratamento cirúrgico através da cirurgia bariátrica. Estima-se que hoje no Brasil sejam realizadas em torno de 20 a 25 mil cirurgias bariátricas por ano.

O PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Amazônia Azul Tecnologias de Defesas S.A. (Amazul), é uma estatal ligada ao Ministério da Defesa, cujo maior objetivo é desenvolver, transferir e manter tecnologias necessárias ao Programa Nuclear da Marinha, ao Programa Nuclear Brasileiro e ao Programa de Desenvolvimento de Submarinos mediante a gestão de pessoas e do conhecimento, a fim de contribuir com a independência tecnológica do País, em benefício da nossa sociedade.

A Amazul, é formada por militares e por servidores civis, que são regidos pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Possui na capital paulista, dois locais onde se encontram trabalhando os seus funcionários, a sua Sede localizado no bairro do Butantã e o Centro Tecnológico da Marinha em São Paulo, localizado na Cidade Universitária. Aqui em São Paulo, a Amazul possui um total de 816 funcionários ao se considerar suas duas unidades, sendo destes 784 funcionários civis e 32 militares.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Em análise de dados obtidos através de consultas médicas ocupacionais, realizadas no Departamento de Medicina do Trabalho da Amazul, foram obtidos os seguintes dados:

- Os funcionários da Amazul possuem uma taxa de prevalência de dislipidemia de 75% contra uma porcentagem de 59,74% da população paulistana;
- Os funcionários da Amazul possuem uma taxa de obesidade/sobrepeso em torno de 68,3% contra uma porcentagem de 55,7% da população brasileira e 52,6% dos paulistanos;
- 63% dos funcionários da Amazul apresentam níveis de HDL menores do que os recomendados, contra 31,8% da população brasileira;
- 42% dos funcionários Amazul possuem hipertensão arterial contra uma média de 30% da população brasileira;

- 15% dos funcionários Amazul possuem diabetes contra uma média de 7% da população brasileira; e
- Média histórica de 450 atestados médicos por mês, para um total de 816 funcionários, o que dá mais de 1 atestado para cada 2 funcionários por mês;
- Soma-se a isso ainda o fato do Plano de Saúde de autogestão da Amazul, chamado de PAMSE, ter falido, devido a um altíssimo custo de internações, que inviabilizou a sobrevivência do convênio, mesmo após sucessivos reajustes de pagamento, evidenciando-se uma situação-problema de saúde preocupante dentro da empresa.

Aplicando-se o método de brainstorming em meu ambiente de trabalho, foram levantadas algumas questões que poderiam estar levando, a esta alta prevalência de doenças crônicas dentro da empresa. Estes problemas foram agrupados e selecionamos cinco grupos de problemas:

- 1) Baixa resolutividade da atenção básica em Saúde;
- 2) Ausência de programas de enfrentamentos de doenças crônicas nos trabalhadores da Amazul;
- 3) Alto grau de sedentarismo de seus trabalhadores;
- 4) Alta demanda de trabalho com grande carga de stress e metas a serem cumpridas; e
- 5) Sensação de saúde, devido à ausência de sintomas.

A Amazul foi constituída em 2013 com o objetivo de absorver, promover, desenvolver, transferir e manter atividades sensíveis às atividades do Programa Nuclear da Marinha (PNM), do Programa de Desenvolvimento de Submarinos (PROSUB) e do Programa Nuclear Brasileiro (PNB), tendo os seus funcionários migrados da empresa Engepron (Engenharia de Projetos Navais), que também é uma empresa pública, que havia sido fundada em 1982.

Portanto nesta migração da empresa Engepron para a Amazul, ocorreu uma transferência de funcionários com uma faixa etária superior à normal em relação a maioria das empresas do país, em especial as empresas particulares, que por não possuírem funcionários concursados, tendem a possuir funcionários com uma média etária menor.

A empresa Engepron, em São Paulo, não possuía uma cultura de realização de exames de prevenção para doenças crônicas e o seu

Departamento de Medicina Ocupacional, apenas tinha como meta, cumprir a legislação trabalhista e realizar os exames estritamente necessários para cada tipo de atividade laboral específica. O fato destes funcionários estarem aptos para exercer um tipo específico de atividade laboral, não significava que o mesmo se encontrava em perfeitas condições de saúde, mas isso culturalmente levava o trabalhador a pensar que o mesmo estava em boas condições de saúde e que não necessitava realizar outros exames preventivos.

Esta situação descrita acima de baixa resolutividade da atenção básica em Saúde, foi se agravando com os anos, pois aqueles funcionários que entraram jovens junto com a fundação da empresa em 1982, foram envelhecendo e suas doenças crônicas aparecendo.

A ausência de sintomas relacionados às doenças crônicas, traz uma falsa sensação de saúde, devido a uma interpretação errônea de ausência de doença instalada, o que faz com que o paciente se acomode e não busque melhorar os seus índices de saúde, mantendo assim os mesmos hábitos alimentares e a ausência da prática de atividades físicas.

Estes fatores acima mencionados, combinados com a ausência de programas de enfrentamento de doenças crônicas, fizeram com que o funcionário Amazul, não buscasse informações sobre as condições que podiam fazer com ele tivesse uma melhor qualidade de vida e uma menor tendência de instalação de doenças crônicas.

Portanto com a adoção de programas de enfrentamento à doenças crônicas, combinado com uma maior resolutividade do atendimento básico em saúde, tendem a estimular o funcionário Amazul a buscar hábitos de vida mais saudáveis e a melhorar os índices de saúde e assim diminuir a morbidade das doenças crônicas e aumentar a expectativa de vida.

Abordarei como causas críticas principais, onde possuo maior governabilidade nas ações as seguintes situações abaixo:

- 1) Baixa resolutividade da atenção básica em Saúde; e
- 2) Ausência de programas de enfrentamentos de doenças crônicas nos trabalhadores da Amazul;

PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Problema a ser enfrentado: Alta Prevalência de funcionários com doenças crônicas na Estatal Amazul.

Descritor 01: Os funcionários da Amazul possuem uma taxa de prevalência de dislipidemia de 75% contra uma porcentagem de 59,74% da população paulistana.

Descritor 02: Os funcionários da Amazul possuem uma taxa de obesidade/sobrepeso em torno de 68,3% contra uma porcentagem de 55,7% da população brasileira;

Descritor 03: Os funcionários da Amazul apresentam níveis de HDL menores do que o recomendado em 63% dos casos, contra 31,8% da população brasileira;

Descritor 04: 42% dos funcionários Amazul possuem hipertensão arterial contra uma média de 30% da população brasileira;

Descritor 05: 15% dos funcionários Amazul possuem diabetes contra uma média de 7% da população brasileira;

Descritor 06: Média histórica de 450 atestados médicos por mês, para um total de 816 funcionários, o que dá mais de 1 atestado para cada 2 funcionários por mês;

Indicador 01: Porcentagem de funcionários com alterações nos níveis de Colesterol ou Triglicérides.

Indicador 02: Porcentagem de funcionários com IMC maior do que 25.

Indicador 03: Porcentagem de funcionários com HDL menores do que o recomendado.

Indicador 04: Porcentagem de funcionários com hipertensão arterial.

Indicador 05: Porcentagem de funcionários com diabetes.

Indicador 06: Média de atestados por mês.

Fonte: Departamento de Medicina Ocupacional da Amazul-SEDE.

- Meta 01: Diminuição em até 40% do número de funcionários com aumento de colesterol e/ou triglicérides;
- Meta 02: Diminuição em até 20% do número de funcionários com sobrepeso e/ou obesidade;
- Meta 03: Diminuição em até 20% dos funcionários com diminuição dos índices de HDL;
- Meta 04: Melhora dos níveis pressóricos de 50% dos funcionários hipertensos;
- Meta 05: Melhora dos índices glicêmicos de 50% dos funcionários diabéticos; e
- Meta 06: Redução do número total de atestados médicos em até 30% ao mês.

Resultados alcançados/esperados: Conscientização dos funcionários da Amazul com relação aos fatores condicionantes que levam à instalação de doenças crônicas e objetivando uma mudança de hábito de vida por parte dos funcionários com uma consequente melhora da qualidade de vida e diminuição da morbidade.

Matriz de Programação de Ações I:

Causa crítica 01: Baixa resolutividade da atenção básica em Saúde.

Descritor 01: Os funcionários da Amazul possuem uma taxa de prevalência de dislipidemia de 75% contra uma porcentagem de 59,74% da população paulistana;

Descritor 02: Os funcionários da Amazul apresentam níveis de HDL menores do que o recomendado em 63% dos casos, contra 31,8% da população brasileira;

Descritor 03: 42% dos funcionários Amazul possuem hipertensão arterial contra uma média de 30% da população brasileira;

Descritor 04: 15% dos funcionários Amazul possuem diabetes contra uma média de 7% da população brasileira;

AÇÕES	RECURSOS	PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS	PRAZO DE CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL
Realizar Exames laboratoriais a cada 6 meses	HUMANOS FINANCEIROS	Exames laboratoriais realizados semestralmente	Realizado	CC(Md)Buzzoni EA Marco Aurélio
- Criar programa de Ginástica Laboral	HUMANOS	Programa criado	Realizado, porém adaptado devido a Pandemia de Covid-19	CC(Md)Buzzoni EA Marco Aurélio EA Deise EA Roberta
- Criar fluxograma de atendimento especializado do funcionário com doença crônica	HUMANOS	Fluxograma criado	Realizado	CC(Md)Buzzoni EA Marco Aurélio EA Deise EA Roberta

Realizar acompanhamento médico bimestral com os funcionários cadastrados no programa	HUMANOS	Consultas Médicas Bimestrais realizadas	Realizado	CC(Md) Buzzoni
Realizar consultas de enfermagem a cada 2 meses com os funcionários cadastrados no programa	HUMANOS	Consultas de Enfermagem Bimestrais realizadas	Realizado	CC(Md) Buzzoni EA Marco Aurélio
Realizar consultas com nutricionista a cada 2 meses com os funcionários cadastrados no programa	HUMANOS	Consulta de Nutrição Bimestrais	Realizado	CC(Md) Buzzoni EA Deise
Realizar consultas com Assistente Social a cada 2 meses com os funcionários cadastrados no programa	HUMANOS	Consultas de Assistência Social realizadas	Realizado	CC(Md) Buzzoni EA Katia
Criação do Núcleo de Apoio à Família com reuniões Mensais	HUMANOS	Núcleo de Apoio à Família criado	Realizado Parcialmente	CC(Md) Buzzoni EA Marco Aurélio EA Roberta EA Deise

- Avaliar resultados dos parâmetros de saúde dos funcionários	HUMANOS	Resultados avaliados	Janeiro a Março/2022	CC(Md)Buzzoni EA Marco Aurélio EA Deise EA Roberta
---	---------	----------------------	----------------------	---

Matriz de Programação de Ações II:

Causa crítica 02: Ausência de programas de enfrentamentos de doenças crônicas nos trabalhadores da Amazul;

Descritor 01: Os funcionários da Amazul possuem uma taxa de obesidade/sobrepeso em torno de 68,3% contra uma porcentagem de 55,7% da população brasileira;

Descritor 02: Média histórica de 450 atestados médicos por mês, para um total de 816 funcionários, o que dá mais de 1 atestado para cada 2 funcionários por mês; e

Descritor 03: Falência do Plano de Saúde de Autogestão da Amazul denominado de PAMSE, devido aos altos custos de internações hospitalares.

AÇÕES	RECURSOS	PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS	PRAZO DE CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL
Realizar a semana de Promoção à Saúde da Amazul	HUMANOS FINANCEIROS AUDIOVISUAL PANFLETOS BANNER	Semana de Promoção à Saúde realizada	Realizado	CC(Md)Buzzoni EA Marco Aurélio EA Deise EA Roberta
Criar Programa de enfrentamento de doenças crônicas nos trabalhadores da Amazul	HUMANOS FINANCEIROS AUDIOVISUAL PANFLETOS BANNER	Programa criado	Realizado	CC(Md)Buzzoni EA Marco Aurélio EA Deise EA Roberta
Cadastrar os funcionários que apresentem doenças crônicas dentro do Programa de Enfrentamento de doenças crônicas	HUMANOS	Funcionários cadastrados	Novembro/21	CC(Md)Buzzoni EA Marco Aurélio EA Deise EA Roberta EA Daniel EA Iris EA Irenice

Divulgar o protocolo para todos os profissionais integrantes do Programa	HUMANOS FÍSICOS: COMPUTADOR E IMPRESSORA	Protocolo divulgado	Realizado	CC(Md) Buzzoni EA Marco Aurélio EA Deise EA Roberta
Capacitar os profissionais integrantes do programa de enfrentamento de doenças crônicas nas ações de suas responsabilidades	HUMANOS AUDIOVISUAL COMPUTADOR	Profissionais capacitados	Realizado	CC(Md) Buzzoni EA Marco Aurélio
Avaliar os resultados da implementação do programa de enfrentamento de doenças crônicas	HUMANOS	Resultados avaliados	De Janeiro a Março de 2022	CC(Md) Buzzoni EA Marco Aurélio EA Deise EA Roberta
Verificar a necessidade de correção de procedimentos adotados pelos programas e realizá-las caso necessário	HUMANOS	Necessidade de correção do programa verificada e correções efetuadas	De Março a Abril 2022	CC(Md) Buzzoni EA Marco Aurélio

GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto está sendo realizada pelo Departamento de Medicina Ocupacional da Amazul CC (Md) Buzzoni, EA Marco Aurélio) juntamente com o Departamento de Qualidade de Vida da Amazul (EA Deise e EA Roberta). Ambos os setores são responsáveis pela execução das ações propostas, avaliação dos resultados e sugestões de mudanças de condutas e intervenções. O acompanhamento dos resultados será avaliado através da realização de reuniões mensais. Nestas reuniões, é importante identificar as falhas e as dificuldades, para poder realizar mudanças na estratégia de intervenção e conseqüentemente a verificação dos resultados e identificando assim, se as ações obtiveram os resultados esperados.

Foi realizada reunião em julho de 2021 para traçar as estratégias de intervenção, onde ficou estabelecido em primeiro lugar que iríamos começar a intervenção com um Projeto de conscientização através de uma Semana de Campanha de Promoção à Saúde, onde foi aferida a pressão dos funcionários, a glicemia, circunferência abdominal e foi dado orientações sobre alimentação e atividades físicas. Nesta semana de Campanha de Promoção à Saúde, também foi explicado aos funcionários, o projeto de acompanhamento dos doentes crônicos e iniciado o cadastro dos funcionários que se voluntariaram ao projeto. Paralelamente a isto foi decidido pela solicitação de verba para o financeiro da Amazul, para a realização de exames laboratoriais preventivos de maneira semestral, em vez de exames anuais. Esta autorização foi concedida pelo financeiro da empresa em Setembro de 2021. Foi acertado também o acompanhamento bimestral com as equipes de medicina, enfermagem, assistente social e nutrição, que já se iniciou em Setembro de 2021.

A adesão dos funcionários ao Programa se iniciou de maneira tímida até o momento, e já foi detectado a necessidade de divulgar mais vezes o Programa, para que se atinja os objetivos programados de nossas metas iniciais.

Os resultados iniciais estavam programados para serem avaliados à partir de janeiro de 2022 e ainda não foi possível se obter uma parcial desta análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado deste projeto de intervenção será identificado ao ponto que as ações forem sendo encaminhadas, mas o mais importante é a criação de uma cultura de mudança de hábitos de vida, com uma melhor alimentação, maior atividade física, maior preocupação com a prevenção das doenças e um maior controle dos seus níveis de saúde, para aqueles que já tenham doenças crônicas instaladas. As primeiras ações foram executadas com êxito e no prazo estipulado.

Foram levantadas algumas dificuldades, sendo que as principais delas são a escassez de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho das equipes de Medicina Ocupacional e Qualidade de Vida e a gestão da Pandemia da Covid-19, que está envolvendo bastante as equipes. De qualquer forma até o momento as atividades estão seguindo de acordo com o cronograma estabelecido, com exceção do cadastro total dos funcionários, que ainda não foi finalizado.

As equipes de Medicina Ocupacionais e Qualidade de Vida da Amazul encontram-se muito envolvidas no projeto e bastante motivadas e ansiosos para que o projeto alcance os objetivos propostos nas metas. O fato de poder colocar em prática todo aprendizado após o curso de Gestão em Saúde, com o objetivo de melhorar os indicadores de Saúde do seu local de trabalho, através de um projeto elaborado por si mesmo, é muito estimulante.

A realização do Curso de Gestão em Saúde será muito importante para minha carreira médica, pois me demonstrou caminhos e estratégias que nunca haviam chamado a minha atenção e que serão de grande utilização na melhoria da qualidade da assistência médica da Amazul e em todos os outros locais pelos quais irei passar em minha carreira.

Espera-se que o sucesso deste projeto de intervenção estimule o desenvolvimento de novos projetos na Amazul e que sirva para estimular à mudanças de hábitos de vida por parte dos funcionários da empresa, aumentando assim à qualidade e expectativa de vida dos funcionários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALWAN A, MACLEAN DR, RILEY LM, d'ESPAIGNET ET, MATHERS CD, STEVENS GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. Lancet. 2010; 376(9755):1861-1868.

BAZZANO LA, SERDULA MK, LIU S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. Current Atherosclerosis Report. 2003; 5(6):492-499.

BECK,C.C. et al. Fatores de riscos cardiovasculares em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associação com variáveis sociodemográficas. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.14, n.1, p.36-49, 2011.

BIELEMANN R.M., SILVA B.G.C., COLL, XAVIER M. O., SILVA, S.G. : Burden of physical inactivity and hospitalization costs due to chronic diseases: Scielo, 2015. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rsp/a/mVyfFgB9CHVNd8pSXYhZkqD/?lang=en>

BRANDÃO A.A. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI ± Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. J BrasNefrol 32; Supl 1 (2010) S1-S4. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a03.pdf> > Acesso em: 02/07/2021

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a, Seção 1.

BROWN I.J, TZOULAKI I, CANDEIAS V., ELLIOTT P. Salt intakes around the world: implications for public health. International Journal of Epidemiology. 2009; 38(3):791-813.

DJALMA R.C., PARENTE L., PARENTE, D., **Impacto da atenção primária à saúde sobre os indicadores da assistência hospitalar no Piauí.** Revista de Administração em Saúde, Piauí, v.20, nº 78, 2020. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/211>.

DAYANNA M., OLIVEIRA V., ANDRADE A., CHERCHIGLIA M., SANTOS A. **Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36,abr. 2020. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n11/e00209819/>> Acesso em: 28maio. 2021.

HAESER L.M.; BUCHELE F.; BRZOZOWSKI F.S. Considerações sobre autonomia e a promoção à saúde. Physis (online). V.22, n.2,p. 605-620, 2012. ISSSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/SO103-733120112000200011>. Acesso em 12/05/2018.

HU FB, STAMPFER MJ, MANSON JE, RIMM E, COLDITZ GA, ROSNER BA, et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. New England Journal of Medicine. 1997; 337(21):1491-1499.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050: revisão 2006. Rio de Janeiro, 2010.

MALTA D.C., CEZÁRIO A.C., MOURA L, MORAIS NETO O.L., SILVA JÚNIOR J.B. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2006; 15(1):47-65.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. VIGITEL BRASIL 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2011d. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.

PEZZIN L.E., BOGNER H.R., KURICHI J.E., KWONG P.L., STREIM J.E., XIE D., et al. Preventable hospitalizations, barriers to care, and disability. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97:e0691.

PRADO ES, DANTAS EH. Efeitos dos exercícios físicos aeróbico e de força nas lipoproteínas HDL, LDL e lipoproteína(a). *Arq Bras Cardiol* 2002;79:429-33.

RIBOLI E, NORAT T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2003; 78(3 Suppl):S559-569.

RIQUE AB, SOARES EA, MEIRELLES CM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças car-diovasculares. *Rev Bras Med Esporte* 2002;8:244-54

SCHMIDT MI, DUNCAN BB, AZEVEDO E SILVA G, MENEZES AM, MONTEIRO CA, BARRETO SM. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-1961.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiologia*. São Paulo, v. 95, Supl 1, 2016.

SILVA L.S., TOLENTINO A.C., SANTIAGO L.C., MARTA C. B., PEREGRINO A.A.F., SCHUTZ V., Custos do Programa de Gerenciamento de Doentes Crônicos de uma Operadora de Saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2016. Disponível em: DOI:

<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.21937>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, 2003. (WHO Technical Report Series, 916).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva: World Health Organization; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom. Geneva: World Health Organization; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH REPORT 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.

WORLD CANCER RESEARCH. FUND INTERNATIONAL. AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. Policy and action for cancer prevention.

Food, nutrition, and physical activity: a global perspective. Washington: World Cancer Research Fund. American Institute for Cancer Research; 2009.

ANEXO A - Protocolo Manejo de Doentes Crônicos na Amazul



PROTOCOLO MANEJO DE DOENTES CRÔNICOS NA AMAZUL

Introdução:

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem o conjunto de condições crônicas, que em geral, estão relacionadas à múltiplas causas, possuem início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Possuem curso clínico que se altera de acordo com o tempo, apresentando períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Necessitam de intervenções com tecnologias leves até as mais complexas, associadas a mudanças de estilo de vida em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva a cura.

De acordo com dados de 2003 da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crônicas constituem um grande problema de saúde, correspondendo a 72% das causas de mortes, sendo responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, foram responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%.

Além da altíssima mortalidade, as doenças crônicas também possuem uma forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

A Atenção Básica em Saúde (ABS) resolve cerca de 80% dos problemas de saúde da comunidade, promove à saúde e previne agravos, melhorando indicadores hospitalares (DJALMA et al,2020).

A ABS conta com recursos capazes de promover à Saúde, realizar a prevenção de doenças, além de realizar diagnósticos e intervenções precoces em várias situações, incluindo-se doenças infecciosas ou casos agudos. Realizando intervenções simples de educação em saúde, são capazes de reduzir taxas de hospitalizações por doenças, tais como infecções de rim e trato urinário e desidratação. Muitas dessas doenças, mesmo se não forem prevenidas, podem ser manejadas ambulatorialmente e apenas por falta de assistência, poderiam levar a complicações

que requeiram internação. Em especial pessoas com doenças crônicas ou multimorbidade, devem ter um acompanhamento regular pela ABS, prevenindo-se assim de complicações que levem à internação.

2. Objetivo:

O objetivo do presente protocolo é promover a saúde dos funcionários AMAZUL, melhorando hábitos de vida e incentivando a prática de atividades físicas, para assim melhorar os índices de saúde detectados em exames ocupacionais, diminuir o absenteísmo e aumentar a expectativa de vida de nossos funcionários.

3. O projeto:

A porta de entrada para o projeto tem que ser a mais ampla possível, podendo o empregado aderir ao projeto através de qualquer um dos profissionais de Saúde da própria AMAZUL ou vindo de fora através de Relatório de Alta Hospitalar, ou necessidade apontada por qualquer profissional de saúde que assiste a este funcionário fora da AMAZUL.

O projeto visa acompanhar funcionários que possuam Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemias e Obesidade ou Sobrepeso.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), se caracteriza por pressões no sistema arterial persistentemente elevadas em várias medições. A HAS é atualmente definida como uma pressão sistólica repetidamente maior do que 140 mm hg ou a pressão diastólica de 90 mm hg ou superior.

Já o Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que ocorre quando o pâncreas não é capaz de produzir insulina, a sua produção é insuficiente ou quando o corpo não é capaz de fazer bom uso da insulina que produz. O tipo 1 é caracterizado essencialmente por não haver produção desse hormônio no pâncreas. Já o tipo 2 é fundamentalmente caracterizado pela dificuldade de uso da insulina produzida. Os casos do tipo 1 aparecem geralmente na infância e na adolescência; já o tipo 2 atinge com mais frequência indivíduos adultos. Para a entrada no projeto, vamos considerar os índices glicêmicos do Pré-diabetes, isto é, glicemia acima de 100 mg/dl ou Hemoglobina glicada acima de 5,7%.

As dislipidemias podem ser definidas, como distúrbios do metabolismo dos lípidos, apresentando repercussões sobre os níveis de lipoproteínas na circulação sanguínea, bem como sobre as concentrações de seus diferentes componentes. Para a entrada no projeto serão considerados valores elevados do colesterol total ou de suas frações ou o índice diminuído da fração Lipoproteína de baixa densidade (HDL), valores aumentados de triglicérides ou de ácido úrico.

A obesidade e o sobrepeso, já foram classificados pela OMS, como a doença do século XXI, sendo um problema de saúde pública igualável ao da desnutrição. Antes, era mais prevalente nos países desenvolvidos, hoje, porém devido à grande disponibilidade de alimentos calóricos e um estilo de vida sedentário, está presente também de maneira bem impactante nos países subdesenvolvidos.

A OMS utiliza o Índice de Massa Corporal (IMC) para classificar a obesidade da população. O cálculo divide o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. Acima de 25 kg/m², o paciente encontra-se com sobrepeso, de 30 kg/m² até 35 kg/m², ele encontra-se com obesidade grau-1, entre 35 kg/m² até 40 kg/m², é considerada obesidade grau-2 e acima de 40 kg/m², é a obesidade grau-3 ou mórbida, que é diretamente relacionada ao aumento da mortalidade e a ocorrência de diversas outras doenças associadas, conhecidas como comorbidades. Para a entrada no projeto será considerado qualquer IMC acima de 25 Kg/m².

A Supervisão dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) coordena as reuniões técnicas para o planejamento das Ações em Saúde para as DCNT, avalia os processos de trabalho e resultados das ações que são realizadas para os funcionários:

- A Supervisão do SESMT deve elaborar cronograma de reuniões e planejar junto à sua equipe de saúde as ações de DCNT;
- Todos devem participar das reuniões de planejamento para propor as ações de implementação dos Protocolos das Linhas de Cuidados para as DCNT. O trabalho é matricial entre os profissionais da equipe de saúde;
- Médicos e enfermeiros devem participar de reuniões de planejamento para implementação das ações comuns do Protocolo Clínico das DCNT;
- Médicos devem prescrever o Atendimento em Grupo para as DCNT. Listar os funcionários que são diagnosticadas com DCNT e encaminhar para a enfermagem. Solicitar o MAPA tanto para os suspeitos com PA \geq 140/90 mmHg para confirmar aumento da Pressão Arterial (PA) por estresse dentro do consultório, como para acompanhamento até se atingir a meta, após condutas recomendadas;
- Fazer o pacto com o paciente: Plano de Autocuidado Pactuado (PAP) para Modificações do Estilo de Vida (MEV) saudável e Fatores de Risco (FR) e anotar em prontuário e entregar ao paciente o que estiver prescrito. Os pactos não devem ser radicais, devem ocorrer de forma progressiva, de acordo com as possibilidades e condições de vida dos pacientes, mas devem ter um mínimo de compromisso para o autocuidado. Repactuar visando novas metas e prazos nas consultas seguintes;
- Os auxiliares de enfermagem devem orientar o funcionário, na medida de seus

conhecimentos específicos, e perguntar se ele tem algum problema de saúde, anotar e encaminhar para o enfermeiro. A equipe de enfermagem deve planejar o Monitoramento da Pressão Arterial e os resultados devem ser registrados para que todos os profissionais do cuidado continuado possam acompanhar. Pacientes com Fatores de Risco importantes e aqueles de alto risco devem receber visitas domiciliares mais de uma vez por mês, registrar e reportar à equipe;

- O enfermeiro e o médico devem realizar abordagem integral, levantar queixas, detectar sinais e sintomas precoces, detectar doentes não diagnosticados e orientar em todas as oportunidades, nas ações de promoção, prevenção e cuidados na Atenção Primária de Saúde (APS) e, encaminhar para as especialidades (nutricionista, psicólogo, e assistente social);
- Todos devem orientar o funcionário sobre Fatores de Risco e Modificação do Estilo de Vida e PAP, segundo o contexto de vida ao qual se insere;
- O enfermeiro supervisiona as ações e controla os fluxos do paciente para as DCNT. A equipe se responsabiliza pelo acolhimento, buscas, acompanhamentos dos doentes e outros;
- O acompanhamento do paciente é crônico e há necessidade da inserção e do acesso compartilhado às informações dos Cadastros atualizados, Fichas, Planilhas para o cuidado longitudinal, contínuo do cidadão ou do doente na UBS e em qualquer Unidade de Saúde em que o cuidado seja feito. Toda informação é relevante, inclusive aspectos subjetivos e questões relacionadas à espiritualidade, à religiosidade, aos sentimentos crônicos que interferem no dia a dia, à afetividade, ao relacionamento familiar, ao trabalho, à sociedade e aos transtornos mentais (depressão, raiva, angústia etc.), que podem ser causa ou consequência de DCNT.

3.1. Formas de Adesão:

- Através de qualquer profissional de Saúde da Amazul (Médico, enfermeiro, Psicólogo, Nutricionista e Assistente Social)
- Demanda Espontânea
- Encaminhamento de Profissional da Saúde de fora da Amazul
- Relatório de Alta Hospitalar

3.2. Funcionamento:

1ª Fase: Cadastramento do funcionário no Projeto e início da instrução de capacitação para o

autocuidado - duração de 6 meses.

- Avaliação de Enfermagem, Nutricional, Assistente Social e Psicológica.
- Atendimento presencial bimestral
- Palestras, dinâmicas em grupo, materiais educativos
- Reunião Mensal do Grupo de Apoio da Família, formado pelos seguintes profissionais: Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Nutricionista. Nesta reunião o objetivo é discutir entre o grupo os casos selecionados de forma individual e por equipe multidisciplinar.

2ª Fase: (manutenção do cuidado) - indefinida.

- Monitoramento periódico dos funcionários cadastrados no projeto
- Análise dos resultados
- Reuniões bimestrais para correções de rumo.

As doenças crônicas por serem doenças multifatoriais, todos os funcionários participantes do projeto irão necessariamente passar por todos os profissionais envolvidos em seu atendimento, ou seja, pelo médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social, ao menos 1 vez. Os profissionais envolvidos no atendimento do funcionário com DCNT, irão determinar à sua periodicidade de acompanhamento de cada paciente aderente ao projeto.

4. Avaliação dos riscos de funcionários com Hipertensão Arterial:

- As avaliações de riscos dos pacientes com HA subsidiam:
- Decisão terapêutica que deve se basear: no nível da PA, na presença de FR, Lesão de órgão Alvo (LOA) e/ou doença cardiovascular (DCV) estabelecida;
- Medidas não medicamentosas indicadas para todos os casos de hipertensão arterial (HA);
- Fármacos anti-hipertensivos (reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos cardiovasculares (CV) e renais).

Estratificação do risco, segundo os Fatores de Risco e os estágios da Hipertensão Arterial, contudo, quando ocorrer a presença de DCV, DRC ou DM aumenta o risco CV independentemente dos valores da PA:

**PAS 130 -
139mmHg ou PAD
85 - 89mmHg**

HA Estágio 01
PAS 140 - 159mmHg
ou PAD 90 - 99mmHg

HA Estágio 02
PAS 160 - 179mmHg
ou PAD 100 -
109mmHg

HA Estágio 03
PAS ≥ 180mmHg ou
PAD ≥ 110mmHg

Sem FR	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 a 2 FRs	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 FRs	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

- Além da estratificação de riscos no paciente hipertenso, deve-se ficar atento aos seguintes itens:
- Coexistência de outros Fatores de Riscos Cardiovasculares;
- Prognóstico da Doença Renal Crônica (DRC);
- Presença de Lesão de Órgão-Alvo.

4.2. Fatores de risco cardiovascular (FRCV) na avaliação de risco adicional na hipertensão

- Sexo Masculino;
- Idade:
 - Homens ≥ 55 anos;
 - Mulheres ≥ 65 anos;
- Histórico de DCV Prematura em Parentes de 1º grau:
 - Homens < 55 anos;
 - Mulheres < 65 anos;
- Tabagismo;
- Dislipidemia:
 - Colesterol Total > 190 mg/dL e/ou;
 - Lipoproteína de Baixa Densidade - LDL > 100 mg/dL e/ou;
 - Lipoproteína de Alta Densidade - HDL < 40 mg/dL em homens ou < 46 mg/dL em mulheres e/ou;
- Triglicerídeos > 150 mg/dL;
- Resistência à Insulina;
- Glicemia Plasmática em Jejum $100 - 125$ mg/dL e/ou;
- Teste Oral de Tolerância à Glicose $140 - 199$ mg/dL em 2 horas e/ou;
- Hemoglobina Glicada $5,7\% - 6,4\%$;
- Obesidade:
 - Índice de Massa Corpórea - IMC ≥ 30 kg/m² e/ou;
 - Circunferência Abdominal - CA: Para os homens, aumentada de 89 cm a 102 cm e

muito aumentada ≥ 102 cm. Para as mulheres: aumentada de 80 cm a 87 cm ou muito aumentada ≥ 88 cm.

METAS RECOMENDADAS:

CATEGORIA	META RECOMENDADA
Hipertensos estágios 1 e 2, com RCV baixo e moderado e HA estágio 3; Hipertensos estágios 1 e 2 com RCV alto Idosos em geral	< 140/90 mmHg < 130/80 mmHg* Similares aos dos adultos, com redução cautelosa, considerar presença de comorbidades e uso de múltiplos medicamentos.
Idosos com idade ≥ 80 anos	< 150/90 mgHg Manter PAD > 60 mmHg

4.2. Conduta na Crise Hipertensiva

Os profissionais de saúde devem estar atentos caso surja um paciente em situação de urgência ou emergência na UBS.

- DEFINIÇÃO:

- **URGÊNCIA HIPERTENSIVA:** quadro clínico sintomático com elevação abrupta da PAD acima de 120 mmHg, sem LOA aguda e progressiva.
- **EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA:** quadro clínico sintomático com elevação abrupta da PAD acima de 120 mmHg, com LOA aguda e progressiva.

CENÁRIO

CONDUTA CLÍNICA

DECISÃO DE TERAPIA MEDICAMENTOSA

A. URGÊNCIA HIPERTENSIVA

Coletar dados do paciente, medir a pressão nos dois braços em local calmo (afastar casos de pseudocrise), monitorar sinais vitais;
Se necessário, chamar SAMU - 192.

Pseudocrise: se necessário, usar analgésicos ou tranquilizantes e observar;
Se necessário, utilizar via oral Captopril 25 mg;
Havendo melhora da Pressão Arterial e sintomatologia, o paciente poderá ser liberado da Unidade. Providenciar agendamento com maior brevidade para seguimento na UBS.

B. EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Sempre avaliar o paciente, monitorar sinais vitais - exame clínico
Chamar SAMU 192

5. Protocolo Manejo Diabetes:

1. O pré-diabetes e o DM2 devem ser detectados precocemente. Prevalência epidmica e tratamento crônico;

2. O enfermeiro junto à equipe multiprofissional deve supervisionar, controlar e orientar os Fatores de Risco e o fluxo de retornos do paciente para acompanhamento;
3. O enfermeiro e a equipe devem: supervisionar e controlar para que o cidadão ou doente com Fatores de Risco para DCNT passe pelo Atendimento em Grupo para DCNT, orientar para o PAP; projetor os fluxos de retornos;
4. Tratamento não medicamentoso por MEV com orientação educativa: atividade planejada com o envolvimento dos multiprofissionais para todo cidadão e todos os estágios de DM;
5. A equipe multiprofissional deve, em todas as oportunidades, orientar enfaticamente e repetidamente o tratamento não medicamentoso e as ações pactuadas com o cidadão para promoção, prevenção com Modificação do Estilo de Vida (MEV) para os Fatores de Risco de DCNT;
6. Uma vez com DCNT, a equipe deve, além das MEV, pactuar com o paciente e orientar sobre a importância do medicamento e da adesão ao tratamento;
7. A duração da carga glicêmica é um forte preditor de desfechos adversos;
8. Existem intervenções efetivas que previnem o pré-diabetes e diabetes;
9. Realizar Busca Ativa para se evitar os estados mais avançados da doença;
10. HA, DM, Doenças Coronarianas, DRC, Dislipidemias estão em estreita associação: realizar campanhas e grupos educativos na UBS e em sua área de abrangência.

5.1. Critérios Para Testar o Risco de Diabetes e Pré-diabetes em Adultos Assintomáticos

1. Teste de avaliação de risco de diabetes e pré-diabetes em adultos assintomáticos devem ser aplicados em indivíduos obesos ($IMC \geq 23 \text{ kg/m}^2$) que apresentem um ou mais dos seguintes Fatores de Risco:

- Parentes de primeiro grau com diabetes;
 - Risco aumentado em função de raça ou de fatores étnicos;
 - História de doença cardiovascular;
 - Hipertensão ($\geq 140/90 \text{ mmHg}$) ou em terapia para Hipertensão;
 - Nível de colesterol HDL $< 35 \text{ mg/dL}$ e/ou nível de triglicérides $> 250 \text{ mg/dL}$;
 - Mulheres com síndrome do ovário policístico;
 - Inatividade física;
 - Outras condições clínicas associadas à resistência à insulina, por exemplo: obesidade intensa, acantose nigricans.
2. Pacientes com pré-diabetes devem ser testados anualmente;

3. Mulheres que foram diagnosticadas com diabetes gestacional devem realizar o teste de risco para diabetes a cada 3 anos por toda a vida;
4. Para todos os outros pacientes, os testes devem ser realizados aos 45 anos;
5. Se os resultados forem normais, os testes deverão ser repetidos em intervalos mínimos de 3 anos, levando-se em consideração um esquema mais frequente, dependendo dos resultados iniciais e do estado de risco

5.1.1. Critérios Diagnóstico Para Diabetes

Critérios

A1C \geq 6,5%

Glicemia jejum \geq 126 mg/dL

Glicemia 2 h após sobrecarga de glicose \geq 200 mg/dL

Glicemia ao acaso \geq 200 mg/dL

Comentários

O teste deve ser realizado por método rastreável (DCCT) e certificado (NGSP). O período de jejum (ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas). Na ausência de hiperglicemia comprovada, confirmar com a repetição dos testes.

Teste oral de tolerância à glicose: ingestão de 75 g de glicose anidra dissolvida em água. Em todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL.

Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, ou em crise hiperglicêmica.

IMPORTANTE: A positividade de qualquer um confirma o diagnóstico de diabetes. Na ausência de hiperglicemia comprovada, os resultados devem ser confirmados com a repetição dos testes, exceto no TTG e na hiperglicemia comprovada.

5.1.2. Critérios Diagnóstico Para o Pré-Diabetes

Critérios

Glicemia de jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL

Glicemia 2 h após sobrecarga com 75 g de glicose: entre 140 mg/dL e 199 mg/dL

A1C entre 5,7% e 6,4%

Comentários

Condição anteriormente denominada "glicemia de jejum alterada".

Em teste oral de tolerância à glicose. Condição anteriormente denominada "tolerância diminuída à glicose".

Recomendação recente para o uso da A1C no diagnóstico.

IMPORTANTE: A positividade de qualquer um dos parâmetros descritos confirma o diagnóstico de pré-diabetes.

5.1.3. Metas Glicêmicas:

Teste DM

Glicemia pré-prandial (mg/dL)

Glicemia pós-prandial (mg/dL)

HbA1c (%)

Metas

< 100 mg/dL

< 160 mg/dL

< 7,0%

5.2. Automonitorização da Glicemia Capilar:

- DM1: grandes benefícios ao diminuir o risco de complicações agudas (cetoacidose e hipoglicemia); o paciente pode compreender e associar a glicemia do momento com a ingestão de alimentos ou com a prática de atividade física e outros;
- Adultos com DM2 em uso de insulina basal ou de hipoglicemiantes orais: existe pouca evidência sobre a quantidade de testes necessários;
- Os glicosímetros permitem o envio dos dados, a impressão ou a visualização de gráficos e fornecem a média e o desvio-padrão da glicemia no período de dias ou meses;
- Estudos demonstram que o mínimo seria de 4 medidas ao dia, sempre antes das refeições principais, ao deitar e idealmente antes e 2 horas depois das refeições para ajuste da insulina bolus (portanto, um total de 6 vezes ao dia), e uma medida por mês de madrugada (entre 3 e 4 horas). Também em situações especiais como antes e depois de exercício intenso, para ajustes da insulina e da ingestão de carboidratos, doenças para prevenir crises hiperglicêmicas, principalmente em crianças. Também 3 dias antes da consulta para intervir na conduta de reajustes da insulina.

5.3. Análise dos Valores dos Glicosímetro

- Quanto maior o desvio padrão, mais instável é a glicemia, muitas vezes produzindo HbA1c com valores ideais, às custas de muita hipoglicemia;
- Tempo no alvo: por quanto tempo no período se permaneceu com glicemias entre 70 e 180 mg/dL; quanto maior esse período, 50 a 60% do período avaliado, melhor controle metabólico;
- Tempo em hipoglicemia (< 70 mg/dL: ideal que seja < 5% e tolerável até 10%). Esses valores não incluem hipoglicemia grave que não deve ser tolerada (< 50 mg/dL exigem ajuda para correção da hipoglicemia).

5.4. Complicações do Diabetes:**5.4.1. Hipoglicemia:**

É a complicação aguda mais frequente no DM1, pode ser observada no DM2 tratado com insulina e menos frequente no DM2 tratado com hipoglicemiantes orais.

A equipe multiprofissional deve realizar orientações em todas as oportunidades aos cidadãos e pacientes sobre sintomas de hipoglicemia, pois variam de leves e moderados (palidez, sudorese, tremor, palpitação e fome) a graves (mudanças de comportamento, confusão mental, convulsões e coma). O cidadão deve conhecer os sintomas, pois a frequência da doença é grande e pode auxiliar algum doente. O paciente deve:

- Detectar sintomas. O próprio paciente ou os familiares podem tomar providências para melhorar a hipoglicemia. Se possível, verificar a glicemia;
- Hipoglicemia leve (50 a 70 mg/dl): ingestão de 15 g de carboidrato (150 ml de suco comum/refrigerante comum ou 1 colher de sopa de açúcar). Providenciar uma refeição dentro de 1 hora, ou um pequeno lanche imediatamente após o episódio de hipoglicemia;
- Hipoglicemias graves (< 50 mg /dl). Ficar atentos para sintomas de cefaleia, dor abdominal, agitação, visão turva, confusão mental, expressão verbal comprometida ou midríase. Paciente consciente: oferecer 30 g de carboidratos. Pode utilizar mel, açúcar ou carboidrato em gel. Depois de 15 a 20 minutos, deve ser novamente aferida a glicemia, com avaliação dos sintomas; caso persistam os valores baixos, repetir o procedimento;
- Se inconsciente (evitar qualquer tipo de líquido devido ao perigo de aspiração) ou deglutição ineficiente, aplicar glucagon (aconselhado ao paciente tê-lo em casa);
- Idosos correm maior risco de hipoglicemia devido: deficiência de insulina com necessidade de uso de insulina, insuficiência renal progressiva, maior taxa de déficits cognitivos, necessidade de maior autocuidado. A hipoglicemia grave pode estar associada ao risco maior de demência;
- Reconhecer situações que aumentam o risco de hipoglicemia: jejum para exames ou procedimentos, durante ou após exercício e à noite; atenção ao risco de acidentes com carro, atividade física;
- Não há um protocolo estabelecido que defina exatamente qual o momento em que o portador de hipoglicemia deve ser encaminhado para atendimento em hospital; recomenda-se que cada equipe faça a avaliação caso a caso e proceda à correção dos níveis glicêmicos e manutenção do equilíbrio clínico do usuário, tendo em conta o perfil e a habilidade da equipe no trato de situações de maior urgência.

5.4.2. Úlcera/Pé Diabético

- A avaliação do pé diabético deve ser feita rotineiramente pelos médicos e enfermeiros, cujas orientações podem ser encontradas no protocolo da úlcera neuropática;

- O Diabetes pode levar o indivíduo ao comprometimento do sistema nervoso periférico, acarretando perda da sensibilidade protetora da planta dos pés. Pé Diabético é definido como sendo a presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados com anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica;
- As pressões frequentes nos pés insensíveis ocasionam processos lesivos. As úlceras estão significativamente associadas à deformidade dos pés que, ao calçarem sapatos inadequados ao seu tipo e ou a presença de corpo estranho dentro do calçado, resultam em lesões que podem evoluir para úlceras, que a princípio podem até ser imperceptíveis e com o tempo levar à infecção, e posteriormente à amputação. Outros fatores colaboram para o desenvolvimento de úlceras: insuficiência vascular, alterações tegumentares e ortopédicas;
- Os pés diabéticos são classificados segundo sua etiopatogenia em neuropáticos, angiopáticos e mistos. A neuropatia que afeta as extremidades distais pode ser classificada como autonômica, sensorial e motora;
- A neuroartropatia ou Pé de Charcot ou ainda artropatia neuropática consiste em um processo destrutivo, indolor das articulações do pé e tornozelo;
- Para avaliar a perda da sensibilidade protetora plantar são utilizados vários testes, sendo os mais recomendados: o teste de sensibilidade tátil (monofilamento de Semmes – Weinstein) e o teste de sensibilidade vibratória.
- **ATENÇÃO:** Diagnóstico diferencial com lesões oncológicas (melanoma acral amelanocítico, carcinoma espinocelular, e outros) às vezes se faz necessário.

6. ABREVIACÕES:

APS: Atenção Primária de Saúde;
 CA: Circunferência Abdominal;
 CV: Cardiovascular;
 DCNT: Doença Crônica Não Transmissível;
 DCV: Doença Cardiovascular;
 DM: Diabetes Mellitus;
 DRC: Doença Renal Crônica;
 DReC: Doença Respiratória Crônica;
 FR: Fatores de Risco;
 FRCV: Fatores de Risco Cardiovascular
 HA: Hipertensão Arterial;
 HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica;
 HDL-c: Colesterol da Lipoproteína de Alta Densidade;

MEV: Modificações do Estilo de Vida;
 MS: Ministério da Saúde
 OMS: Organização Mundial de Saúde;
 PA: Pressão Arterial;
 PAM: Pressão Arterial Média;
 PAS: Pressão Arterial Sistólica;
 PAD: Pressão Arterial Diastólica;
 PAP: Plano de Autocuidado Pactuado;
 PNAB: Política Nacional de Atenção Básica;
 SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes;
 SBDCV: Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares;
 SESMT: Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

IFKF: International Federation of Kidney
Foundations;

IMC: Índice de massa Corpórea;

LDL: Lipoproteína de Baixa Densidade;

LOA: Lesão de Órgão-Alvo

UBS: Unidade Básica de Saúde;

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes. 2017-2018. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
2. Protocolos da Atenção Básica. Condições crônicas não transmissíveis /Risco cardiovascular. Brasília-DF, 2017.
3. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83. http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
4. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH).

Gustavo Pontes Buzzoni
Capitão-de-Corveta(Md)
Médico do Trabalho

ANEXO B – Ficha de Cadastro do Projeto

**Ficha de Cadastro do Projeto**

Nome _____

() F () M IDADE _____ Data de nascimento ____/____/____

Função _____ Reg. Funcional _____

Telefone/ramal _____ Celular _____

Setor _____ Superintendência _____

E-MAIL _____

ANEXO C- Fluxograma do Atendimento



FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO

