



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

**PRISCILA DA COSTA ANUNCIÇÃO**

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO COMO FERRAMENTA DE  
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À PESSOAS DIABÉTICAS.**

**CAMPO GRANDE - MS**

**2022**

**PRISCILA DA COSTA ANUNCIÇÃO**

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO COMO FERRAMENTA DE ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À PESSOAS DIABÉTICAS.**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Joice Lourenço da Silva.

**Residência Multiprofissional  
em Saúde da Família**

**SESAU/FIOCRUZ**

**CAMPO GRANDE - MS**

**2022**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

**TERMO DE APROVAÇÃO**

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO COMO FERRAMENTA DE  
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO A PESSOAS DIABÉTICAS.**

**por**

**PRISCILA DA COSTA ANUNCIÇÃO**

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia três de fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

**BANCA EXAMINADORA**

Joice Lourenço Silva  
Professora Orientadora

Patrícia Nantes Monteiro  
Membro Titular 1

Jakeline Ribeiro Barbosa  
Membro Titular 2

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

## AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu o dom da vida, bem como a oportunidade de vivenciar esse processo de residência.

Aos meus pais, Aduino e Maria Aparecida, por serem meu alicerce e exemplo de vida.

À minha irmã Daniela, que sempre me apoia e demonstra muito cuidado para comigo.

À minha avó, meus tios, primos, familiares e amigos, por compreenderem a minha ausência devido à escolha da profissão.

Ao meu namorado Dainler, por todo o apoio e incentivo para finalizar esse projeto e em todas as escolhas que eu faço.

À orientadora doutoranda em Enfermagem Joice Lourenço da Silva, por todas as orientações concedidas, bem como pela paciência durante o processo da escrita deste trabalho.

À banca examinadora por contribuírem com esse trabalho de conclusão de residência.

Aos profissionais da USF Vida Nova, bem como as preceptoras de Enfermagem por todo o apoio e ensinamentos concedidos que levarei por toda a minha trajetória como Enfermeira.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a conclusão deste trabalho.

## RESUMO

ANUNCIACÃO, Priscila da Costa. **Estratificação de risco como ferramenta de organização do cuidado a pessoas diabéticas. 2022.** p 21. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

O Diabetes Mellitus (DM) trata-se de um distúrbio metabólico onde a deficiência na produção de insulina ou em sua ação causa a hiperglicemia, trazendo consigo o aumento de morbidade, bem como redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. A estratificação de risco é uma importante ferramenta utilizada na Atenção Básica para obter conhecimento significativo da população usuária de um serviço, possibilitando desfragmentar a atenção baseada na oferta de consultas e procedimentos desorganizados. Este estudo tem o objetivo de apresentar um plano de intervenção sobre o uso da estratificação de risco na organização do cuidado a pessoas diabéticas em uma equipe de Unidade de Saúde da Família que atende uma população indígena em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Trata-se de um estudo descritivo sobre o uso da estratificação de risco como ferramenta de organização do cuidado a pessoas diabéticas, onde foram coletados dados como exames laboratoriais glicemia em jejum e hemoglobina glicosilada dos últimos seis meses, três aferições de pressão arterial, internação por complicações agudas nos últimos doze meses e complicações crônicas relacionadas ao DM. Realizamos a estratificação de risco conforme as diretrizes de DM classificando-os em risco baixo, médio, alto e muito alto. Dos 85 participantes, 60 são do sexo feminino e 25 do masculino, faixa etária entre 41 a 93 anos, com média de aproximadamente 59 anos. Após a estratificação de foi possível observar um risco muito alto, 56,47% (n= 48), sendo que 18 foram classificados como risco alto (21,18%) e 19 como risco médio (22,35%). Diante dos resultados demonstrou-se uma necessidade de intervenção eminente. Este projeto de intervenção pode identificar, através da classificação, quais pacientes estavam no risco muito alto e necessitavam de ações céleres de programação do cuidado e ações específicas para controle do DM, se fez importante também para auxiliar no processo de trabalho da equipe, a fim de programar a periodicidades das consultas dos pacientes e priorizar aqueles que necessitavam. Assim sugere-se a ampliação da estratificação de risco dos pacientes diabéticos das demais equipes da USF Vida Nova, visando a melhoria, tanto no processo de trabalho como na atenção prestada aos usuários.

**Palavras chaves:** Estratificação de risco. Diabetes Mellitus. Condições Crônicas.

## ABSTRACT

ANUNCIACÃO, Priscila da Costa. Risk stratification as a tool for organizing the care of people with diabetes. 2022. p 21. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic disorder where the deficiency at production in insulin or in your action cause The hyperglycemia, bringing with the increase in morbidity, as well as a reduction in quality of life and an increase in mortality rate. THE Risk stratification is an important tool used in Primary Care to obtain knowledge significant gives population user in a service, making possible defragattention based on the provision of consultations and disorganized procedures. This study aims to present an intervention plan on the use of risk stratification in organization of care for people with diabetes in a team at the Health Unit Family Health that serves an indigenous population in Campo Grande, Mato Grosso do Sul. a study descriptive about The use gives stratification in risk like tool in organization of care for diabetic people, where they were collected Dice like exams laboratory blood glucose in fast and hemoglobin glycosylated From last six months, three blood pressure measurements, hospitalization for acute complications US last twelve months and complications chronicles related to the DM We perform risk stratification according to DM guidelines classifying them in low, medium, high and very high risk. Of the 85 participants, 60 are female and 25 are male, age group between 41 and 93 years, with an average of approximately 59 years. After stratification of it was possible to observe a very high risk, 56.47% (n= 48), with 18 were classified as high risk (21.18%) and 19 as medium risk (22.35%). In view of the results, there was a need of imminent intervention. This intervention project can identify, through classification, which patients were at very high risk and needed swift in schedule of Caution and actions specific for control of DM, was also important to assist in the work process of the team, in order to schedule the frequency of patient consultations and prioritize those that they needed. Thus, it is suggested to expand the risk stratification of diabetic patients of other teams at USF Vida Nova, with a view to improving, so much in the process of work as at attention paid to users.

Keywords: Risk stratification. Diabetes Mellitus. Chronic Conditions

## **LISTAS DE FIGURAS E TABELAS**

Figura 1 - Figura 1- Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC) .....	12
Tabela 1: Estratificação de risco na pessoa com Diabetes Mellitus .....	14
Tabela 2: Sexo e faixa etária dos usuários diabéticos da Unidade de Saúde da Família Vida Nova, Campo Grande - MS, 2021.....	17
Tabela 3: Estratificação de risco dos usuários diabéticos da Unidade de Saúde da Família Vida Nova, Campo Grande – MS, 2021.....	18

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
CCM	Chronic Care Model
MACC	Modelo de atenção às condições crônicas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	21
6 REFERÊNCIAS .....	22
7 ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU.....	24

## 1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) trata-se de um distúrbio metabólico onde a deficiência na produção de insulina ou em sua ação causa a hiperglicemia. Desta forma a hiperglicemia persistente é associada a complicações micro e macrovasculares, causando o aumento de morbidade, bem como redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. Sua classificação depende da etiologia, podendo ser dividido entre DM tipo 1, DM tipo 2 e Diabetes Mellitus Gestacional, existem ainda formas de diabetes secundários a outras patologias (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2019).

A classificação do DM é baseada em sua etiologia, sendo importante no momento do diagnóstico diferenciar o diabetes tipo 1, do diabetes tipo 2 e de outras formas menos comuns. O DM tipo 1 é caracterizado pela destruição das células beta pancreáticas, causando deficiência absoluta de insulina, o mesmo possui incidência maior em crianças e adolescente, contudo, é comum o diagnóstico em adultos. Já o DM tipo 2 é caracterizado pela diminuição progressiva da secreção insulínica, associado à sua resistência, normalmente é identificado em indivíduos maiores de 40 anos, contudo, atualmente tem aumentado o número de crianças e adolescentes com DM tipo 2, devido ao aumento da obesidade infantil. O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) consiste em uma alteração no metabolismo de carboidratos resultando em hiperglicemia de intensidade variável, sendo ele diagnosticado pela primeira vez durante a gestação, podendo persistir ou não após o parto (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2019).

Segundo a Organização mundial de Saúde (OMS) estima-se que o número de pessoas com diabetes mellitus no mundo aumentará de 171 milhões no ano de 2000 para 380 milhões em 2030, e a prevalência de DM foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões no ano de 2030 (MACEDO et al., 2019).

Os principais fatores relacionados ao aumento da incidência e prevalência do diabetes são considerados o envelhecimento da população, aumento da prevalência da obesidade, sedentarismo e os processos de urbanização. Desta forma, esse cenário tem contribuído para um alto custo social e financeiro, tanto ao sistema de saúde, como para o paciente, devido às complicações do diabetes, como por exemplo, amputação de membros inferiores, doenças cardiovasculares, cegueira, entre outras. Em relação aos custos do Sistema Único de Saúde (SUS) estudos trazem que até 15,3% dos custos com recursos hospitalares entre o período de 2008 e 2010 foram gastos com diabéticos. Em relação ao tratamento ambulatorial, um estudo identificou um gasto de aproximadamente 2.108 dólares.

Desta forma a estratificação de risco é uma importante ferramenta utilizada na Atenção Básica para obter conhecimento profundo da população usuária de um serviço, possibilitando desfragmentar a atenção baseada na oferta de consultas e procedimentos desorganizados. A estratificação de risco possui a finalidade de classificar os usuários de acordo com a gravidade da enfermidade, sendo assim, ela permite a definição de uma série de ofertas que serão programadas de acordo com a necessidade de cada usuário, permitindo avaliar, organizar e garantir o atendimento adequado a cada paciente (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo apresentar um plano de intervenção sobre o uso da estratificação de risco na organização do cuidado a pessoas diabéticas acompanhadas por uma equipe de Unidade de Saúde da Família (USF) em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE.**

O conceito condição de saúde pode ser dividido em condições agudas e crônicas. As condições agudas de saúde são doenças de curso curto podendo durar alguns dias, manifestando-se de forma pouco previsível, que podem ser controladas de modo reativo e episódico, podemos citar como exemplos, as doenças inflamatórias e infecciosas como apendicites e amigdalites, bem como condições gerais e inespecíficas que surgem de forma aguda. As condições crônicas de saúde são doenças de curso mais ou menos longo, sendo meses, anos ou permanentes, exigindo ações proativas contínuas e integradas ao sistema de saúde, como por exemplo, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e os distúrbios mentais (MENDES, 2018).

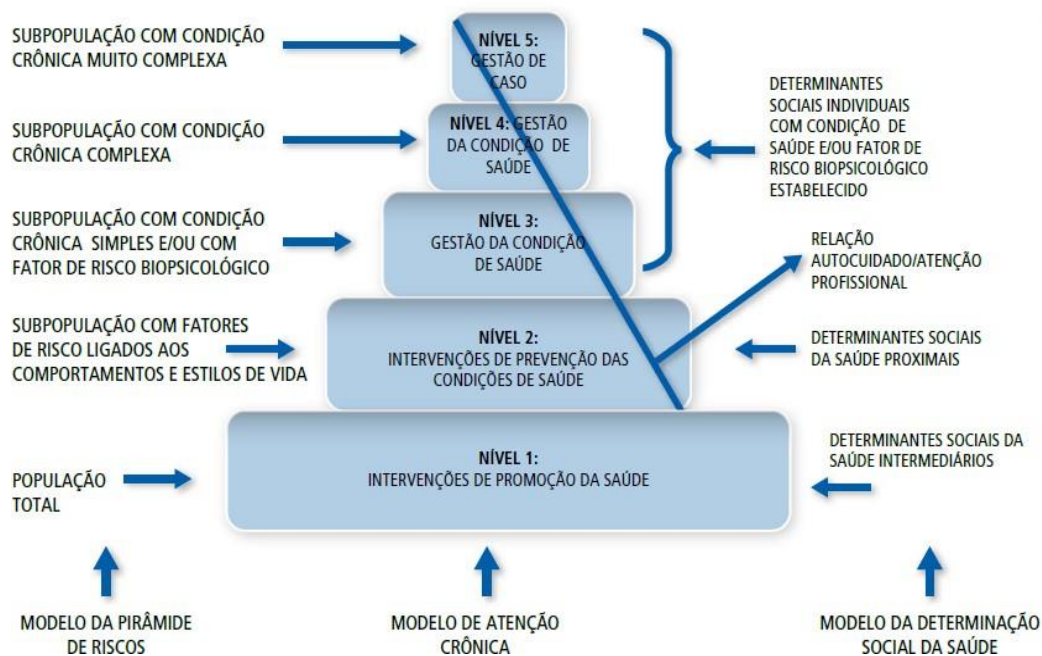
### **2.2. MODELO DE ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

O modelo de Atenção as Condições Crônicas possui como modelo fundante o Chronic Care Model (CCM) desenvolvido em 1998, pelo *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos, que é composto por seis elementos, divididos em dois grandes grupos, sendo eles o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças são realizadas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Já na comunidade, as mudanças são centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (MENDES, 2012).

Desenvolvido por Mendes em 2009, este modelo baseia-se no Chronic Care Model, CCM, contudo foi adaptado as singularidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O MACC deve ser interpretado em três colunas, a coluna da esquerda está sob a influência do modelo da pirâmide de riscos, nele a população total é estratificada em subpopulação por estratos de riscos. A coluna da direita relaciona-se ao modelo de determinação social de saúde de Dahlgren e Whitehead, nesta coluna estão os diferentes níveis de determinação social de saúde, sendo eles determinantes intermediários, proximais e individuais. Na coluna do meio

estão os cinco níveis das intervenções de saúde e suas populações, correspondendo às intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica (MENDES, 2012).

Figura 1- Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC).



Fonte: (Mendes, 2012).

O lado esquerdo da imagem acima corresponde as diferentes subpopulações de uma população total sobre a responsabilidade da ESF (Estratégia de Saúde da Família), e são registradas e subdivididas nos diferentes níveis, desta forma no nível 1 estão a população total em relação a qual se intervirá nos determinantes sociais da saúde intermediários (MENDES, 2012).

Enquanto que, no nível 2 estão as subpopulações com seus diferentes fatores de riscos ligados aos seus comportamentos e estilos de vida, como por exemplo, pessoas tabagistas, etilistas, com sobrepeso ou obesidades, sedentárias, dentre outros. Já no nível 3, estão as subpopulações de pessoas com riscos individuais ou condições crônicas de baixo e médio riscos; o nível 4 as subpopulações de pessoas com alto e muito alto risco e por fim no nível 5 as condições de saúde muito complexas. No lado direito da imagem consta o foco das intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde, sendo o nível 1 os determinantes sociais de saúde intermediários manifestados no âmbito de atuação da ESF, principalmente aqueles ligados às condições de vida e trabalho como a educação, emprego, renda, moradia entre outros (MENDES, 2012).

O meio da imagem demonstra as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações, bem como aos focos das intervenções sanitárias. No primeiro nível estão as intervenções de promoção da saúde relacionada à população total com foco nos determinantes sociais, sendo o modo de intervenção por meio de projetos intersetoriais. No nível dois, estão as intervenções de prevenção das condições de saúde, focando nos determinantes proximais da saúde que estão ligados aos estilos de vida e comportamentos (MENDES, 2012).

Os níveis 3, 4 e 5 estão os determinantes sociais com as características de idade, sexo fatores de risco biopsicológicos e fatores hereditários, sendo ela a camada central do modelo de Dahlgren e Whitehead, nestes níveis as intervenções são em sua maioria clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, baseando na população. A linha transversa que cruza os níveis três e quatro expressa uma divisão na natureza da atenção a saúde prestada aos usuários, onde no nível três irá utilizar principalmente intervenções de autocuidado apoiado com baixa concentração de cuidados profissionais, já no nível quatro serão atendidos de forma equilibrada entre o autocuidado e o cuidado profissional (MENDES, 2012).

O nível 5 também representa as condições crônicas muito complexas, engloba pessoas que mais necessitam de tecnologias, como gestão da clínica e gestão do caso, havendo uma alta concentração de cuidado profissional, onde um gestor do caso deve coordenar a atenção recebida pela pessoa ao decorrer do tempo (MENDES, 2012).

Assim, resumidamente o MACC está dividido em três colunas, em uma delas a população total é estratificada em subpopulações por estratos de riscos; na segunda estão os diferentes níveis de determinação social, definidos como intermediários, proximais e individuais, e na terceira encontra-se os cinco níveis das intervenções sobre os determinantes e suas populações, com ações promocionais, preventivas e de gestão da clínica (MENDES, 2018).

Desta forma podemos concluir que através do MACC é possível identificar as ações de competências dos pontos de atenção, definir suas atribuições, e instituir uma linha de cuidado para nortear a prática do cuidado dos profissionais de saúde (SANTA CATARINA, 2018).

### **2.3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO**

A estratificação de risco é uma das estratégias propostas por Mendes no modelo de atenção às condições crônicas (MACC), onde o mesmo aborda a necessidade do atendimento às pessoas com doenças crônicas demonstrando que indivíduos com a mesma patologia

possuem necessidades diferentes. Desta forma, estratificar auxilia o profissional na qualidade do serviço prestado, adequando e organizando seu atendimento de acordo com a necessidade do usuário, melhorando o acesso ao serviço (FERREIRA, 2017).

A estratificação de risco para diabéticos pode ser realizada através do nível glicêmico, principalmente pela hemoglobina glicada. São considerados risco baixo se glicemia de jejum alterada ou intolerância à glicose, já o risco médio se o paciente apresentar controle metabólico (HbA1c 7,5) e pressóricos adequados, não houver internações por complicações agudas e sem complicações crônicas (LOPES,2017).

É considerado risco alto se HbA1c < 9% e capacidade de autocuidado suficiente; com presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou presença de complicações crônicas. O risco muito alto é considerado se HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado apoiado insuficiente, associado a presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (LOPES,2017).

Tabela 1: Estratificação de risco na pessoa com DM.

<b>Risco</b>	<b>Critério</b>
<b>Baixo</b>	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose.
<b>Médio</b>	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none"> <li>• controle metabólico (HbA1c 7,5) e pressóricos adequados.</li> <li>• sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses;</li> <li>• sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia).</li> </ul>
<b>Alto</b>	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico ( $7,5 < \text{HbA1c} < 9$ ) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado).
<b>Muito Alto (Gestão de caso)</b>	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mau controle metabólico (HbA1c &gt;9) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios;</li> <li>• múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses;</li> <li>• Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório, infarto agudo do miocárdio, angina instável, doença arterial periférica com</li> </ul>

	<p>intervenção cirúrgica;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicações crônicas severas – doença renal estágios 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção;</li> <li>• Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras);</li> <li>• Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social.</li> </ul>
--	--

Fonte: Linha Guia DM, Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2018).

Através da estratificação de risco é possível programar o cuidado dos pacientes diabéticos onde a periodicidade das consultas depende do grau de risco, desta forma, os pacientes de risco baixo devem passar por consulta médica anualmente, consulta de enfermagem semestral e odontológica anual. (SANTA CATARINA, 2018).

Os pacientes de risco médio devem passar pela consulta médica semestral, de enfermagem quadrimestral e odontológica anual. Já os pacientes de risco alto devem passar por consultas com mais frequência, onde a consulta médica deve ser quadrimestral, enfermagem trimestral e odontológica anual e os pacientes de risco muito alto (gestão de caso) necessitam passar por consulta médica trimestral, consulta de enfermagem mensal e odontológica semestral (SANTA CATARINA, 2018).



### **3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo descritivo sobre o uso da estratificação de risco como ferramenta de organização do cuidado a pessoas diabéticas, implementado por uma equipe de saúde da família no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A Unidade de Saúde da Família Aquino Dias Bezerra – Vida Nova, está situada no bairro Vida Nova III e atende cerca de doze mil pessoas que moram nos bairros Vida Nova I, II e III, bairro Tarsila do Amaral, Aldeia Água Bonita e Jardim Anache. A USF possui três equipes de saúde intituladas Vida Nova, Anache e Tarsila do Amaral, possui também três equipes de saúde bucal e uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A estratificação de risco foi realizada com os pacientes diabéticos da equipe Tarsila do Amaral que realizam o acompanhamento regular na USF. Esta equipe possui em média 105 pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Para extrair os dados dos pacientes diabéticos da equipe foi utilizada a base de dados ESUS, onde através do relatório cardiovascular foi possível identificar os pacientes diabéticos. Neste estudo foram inclusos apenas pessoas com DM tipo 2.

Para a estratificação de risco foram coletados dados de exames laboratoriais como a glicemia em jejum e hemoglobina glicosilada dos últimos seis meses, três aferições de pressão arterial, internação por complicações agudas nos últimos doze meses e complicações crônicas relacionadas ao DM.

Foi utilizado o prontuário eletrônico PEC E-SUS para extrair dados clínicos como, por exemplo, aferição de pressão arterial, internações por complicações nos últimos doze meses e complicações crônicas. Para os dados de exames laboratoriais foi utilizada a base de dados de exames laboratoriais da prefeitura de Campo Grande denominada Matrix. Foi criada uma planilha de Excel para descrever os dados coletados e realizar posteriormente a análise dos dados.

Foram excluídos da pesquisa os pacientes que não realizaram os exames solicitados para a estratificação de risco ou não estavam mais residindo no território adscrito. Após o levantamento dos dados, realizamos a estratificação de risco conforme as Diretrizes de Diabetes Mellitus classificando os pacientes em risco baixo, médio, alto e muito alto.

A equipe pertence a USF localizada no distrito Segredo, e abrange os bairros Tarsila do Amaral e Aldeia Água Bonita, população indígena. A unidade de saúde atende aproximadamente doze mil pessoas. Destes, em média 4.100 pessoas são acompanhadas

pela equipe do estudo, com 105 pacientes diabetes tipo 2, dentre esses existem pacientes indígenas que possuem questões culturais que dificultam o tratamento e acompanhamento de suas condições de saúde. Este projeto de intervenção foi autorizado pela CGES/SESAU e o termo de aprovação encontra-se no anexo A.

#### 4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

Para a estratificação de risco dos pacientes foi utilizado o relatório operacional cardiovascular extraído da plataforma de dados ESUS. Dentre os pacientes citados no relatório foram selecionados apenas os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, através da análise do prontuário, totalizando aproximadamente 105 pacientes, destes pacientes apenas 85 estavam dentro dos critérios para estratificar o risco, pois 20 deles não realizaram os exames solicitados para a estratificação ou abandonaram o acompanhamento na unidade.

Tabela 2: Sexo e faixa etária dos usuários diabéticos da Unidade de Saúde da Família Vida Nova, Campo Grande - MS, 2021.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	60	70,58
Masculino	25	29,41
Idade		
40 a 50 anos	18	21,18
50 a 60 anos	28	32,94
60 a 70 anos	28	32,94
70 a 80 anos	11	12,94
80 a 90 anos	2	2,35
90 a 100 anos	1	1,18

Fonte: PEC/E-SUS.

Dos 85 participantes, 60 são do sexo feminino e 25 do masculino, com a faixa etária de 41 a 93 anos, com média de aproximadamente 59 anos. Após a estratificação de risco pode-se observar um número expressivo de pacientes no risco muito alto, sendo 56,47% (n=48), os demais foram classificados como risco alto (21,18%) e 19 como risco médio (22,35%).

Tabela 3: Estratificação de risco dos usuários diabéticos da Unidade de Saúde da Família Vida Nova, Campo Grande - MS, 2021

<b>Risco</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baixo	-	-
Médio	19	22,35
Alto	18	21,18
Muito Alto	48	56,47

Fonte: Elaborada pela autora.

Os pacientes classificados no risco médio (22,35%) e alto (21,18%) necessitam de consulta médica semestral e quadrimestral, consulta de enfermagem quadrimestral e trimestral, e consulta com o dentista anualmente para as duas classificações de risco (SANTA CATARINA, 2018).

Após verificar um número significativo de pacientes classificados no risco muito alto (56,47%) a ferramenta de estratificação de risco mostrou ser extremamente importante, pois através da mesma percebeu-se a necessidade de planejar a organização do cuidado do paciente de acordo com a sua classificação, os pacientes com risco muito alto necessitam de uma gestão de caso individualizada com elaboração de um plano de intervenção pela equipe multidisciplinar envolvendo visitas domiciliares e inclusão da família no tratamento (FERREIRA, 2017).

Com a ferramenta, foi possível identificar qual a frequência que cada paciente deveria ser consultado pela equipe médica e de enfermagem, bem como elaborar planos de cuidados individuais e em grupos, como visitas domiciliares e ações de educação em saúde.

A estratificação de risco impactou positivamente no processo de trabalho da equipe, ao identificar o perfil dos pacientes diabéticos, estabelecemos uma linha de cuidado para esses pacientes, bem como a periodicidade das consultas e condutas a serem tomadas, desta forma, foi possível realizar a gestão da agenda, onde os pacientes foram agendados de acordo com a periodicidade necessária a depender do seu risco classificado, evitando com que os pacientes do risco muito alto fiquem desassistidos por muito tempo, ou que os pacientes de baixo risco consumam agendas sem estarem no período correto de consultar.

Após identificar que um número significativo de pacientes classificados no risco muito alto eram pacientes indígenas, realizamos uma ação de educação em saúde em loco na Aldeia Água Bonita com os ACS e com a presença do cacique e lideranças locais, a fim de conscientizar os indígenas sobre o DM, seu tratamento, complicações e mudanças no estilo de

vida. Como estratégia para maior interação dos pacientes com a equipe, solicitamos o apoio de um paciente para realizar a tradução do português para a linguagem indígena, o que fez com que os pacientes se sentissem mais à vontade para expressar seus medos e dúvidas. Aos pacientes não indígenas foi realizado na USF Vida Nova ações de educação em saúde sobre o Diabetes Mellitus.

Este projeto de intervenção realizado na equipe Tarsila do Amaral necessita ser implementado nas demais equipes da USF Vida Nova, assim como em outras unidades de saúde da rede a fim de melhorar o processo de trabalho das equipes, bem como proporcionar melhorias no cuidado aos usuários diabéticos, por se tratar de uma importante ferramenta de fácil acesso, baixo custo e praticidade na sua aplicação.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Modelo de Atenção às condições crônicas (MACC) desenvolvido por Eugênio Villaça Mendes trata-se de uma importante ferramenta para identificar as ações de competências dos pontos de atenção, sendo eles atenção primária, secundária ou terciária, definir suas atribuições, e instituir uma linha de cuidado para nortear a prática do cuidado dos profissionais de saúde.

A Estratificação de risco em pessoas diabéticas, classificando-os em risco baixo, médio, alto e muito alto, se faz uma importante ferramenta para conhecer as necessidades de cada paciente, bem como programar o cuidado e a periodicidade das consultas a depender da classificação realizada.

Na equipe Tarsila do Amaral dentre os 85 pacientes classificados, 48 (56,47%) foram classificados com risco muito alto, demonstrando que há uma necessidade de intervenção imediata. Com este projeto de intervenção foi possível identificar, através da classificação, quais pacientes estavam no risco muito alto e necessitavam de ações céleres de programação do cuidado e ações específicas para controle do DM.

A classificação de risco se fez importante também para auxiliar no processo de trabalho da equipe, a fim de programar a periodicidades das consultas dos pacientes e priorizar aqueles que necessitavam. Diante do exposto, sugere-se a ampliação da estratificação de risco dos pacientes diabéticos das demais equipes da USF Vida Nova, como forma de melhoria, tanto no processo de trabalho como na atenção prestada aos usuários.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.

Costa AF et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2017; doi: 10.1590/0102-311X00197915.

FERREIRA, C.R.S. Estratificação de risco na organização do atendimento à saúde da pessoa com diabetes mellitus. Macapá 2017. **Universidade Federal do Amapá**. Disponível em: [http://repositorio.unifap.br/jspui/bitstream/123456789/134/1/Dissertacao\\_EstratificacaoRiscoOrganizacao.pdf](http://repositorio.unifap.br/jspui/bitstream/123456789/134/1/Dissertacao_EstratificacaoRiscoOrganizacao.pdf).

Governo de Santa Catarina. **Linha de cuidado a pessoa com Diabetes Mellitus**. 2018, p9-23. Disponível em <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14794-anexo-deliberacao-330-2018/file#:~:text=Considerando%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20do%20cuidado,Cuidado%20da%20pessoa%20com%20DM>.

Lopes F. R. G. Estratificação de risco dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Vitória Régia, PR. Florianópolis, abril de 2017. **Universidade Federal de Santa Catarina**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/12902>.

Macedo JL et al. Perfil epidemiológico do diabetes mellitus na região nordeste do Brasil. **Research, Society and Development**, vol. 8, núm. 3, 2019 Universidade Federal de Itajubá, Brasil Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560662194028> DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i3.826>

Mendes, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.2, p.431-435, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018232


Mendes, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n.2, p. 1-3, abr./jun., 2018.

Mendes, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

SESAU. Prefeitura Municipal de Campo Grande - MS. **Diabetes Mellitus Manejo clínico na Atenção Primária à Saúde 2020.** Disponível em <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/wp-content/uploads/sites/30/2020/08/guia-rapido-diabetes-mellitus-18-02-2021.pdf>. Acesso em: 08. Jun.2021.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019-2020 – **Clannad editora científica.** p.12-16. Disponível em <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf> Acesso em 08. Jun.2021.

## ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**  
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO**

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Priscila da Costa Anunciação, inscrito (a) no CPF/MF sob n°.05313954130, portador (a) do documento de identidade sob n°. 1946104, residente e domiciliado (a) à Rua Léléo Landuce, Nº 139, Bairro José Abrão, nesta Capital, telefone n°. (67) 99262-5987, pesquisador (a) do Curso de Residência Multiprofissional em saúde da Família, da Instituição SESAU/Fiocruz com o título do Projeto de Pesquisa "Estratificação de risco como ferramenta de organização do cuidado a pessoas diabéticas", orientado (a) pela Professor (a) Joice Lourenço da Silva inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 3719809170 portador (a) do documento de identidade sob n°. 1743623, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Leonor Garcia Rosa Pires, Nº 407, Bairro Aero Rancho, nesta cidade, telefone n°. (67) 98170-6843, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de Doutorado em Enfermagem da Instituição Universidade Estadual de Maringá.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria

Campo Grande - MS, 10 de janeiro de 2022

Priscila da Costa Anunciação  
Pesquisador (a)

Joice Lourenço da Silva  
Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos  
Manoel Roberto dos Santos  
Diretor Geral de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação  
e Coordenação Geral SESAU  
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde  
Coordenadora-Geral de Educação em Saúde/SESAU





**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

**TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;  
 Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;  
 Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;  
 O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS

**COMPETÊNCIAS:**

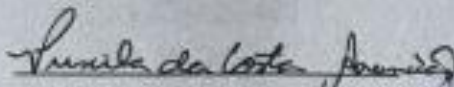
**PESQUISADOR:**

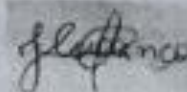
- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo;
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde;
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual -EPI, bem como correta identificação através de crachás.

**SESAU:**


- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 10 de janeiro de 2022.

  
 Pesquisador (a)



Orientador(a)

  
 Manoel Roberto dos Santos  
 Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde  
 Coordenadora-Geral de Educação em Saúde/SESAU