

O controle do diabetes e hipertensão arterial nas unidades de atenção básica do município de Rio Branco – Acre

Mário Tavares da Silva Neto^{1*}, Jaçamar Aldenora dos Santos², Ionar Cilene de Oliveira Cosson²

¹Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Acre, Bolsista PIBIC, Centro de Ciências da Saúde e Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil. ²Docente do Centro de Ciências da Saúde e Desporto da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

*marioomulu93@gmail.com

Recebido em: 22/12/2022

Aceito em: 24/05/2023

Publicado em: 31/07/2023

DOI: <https://doi.org/10.29327/269504.5.1-2>

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis constituem o maior problema global de saúde, sendo o principal causador do elevado número de mortes prematuras, da perda da qualidade de vida de grande parte da população mundial. O objetivo foi identificar as pessoas cadastradas na plataforma e-Gestor, com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus no município de Rio Branco Acre, assim como descrever o protocolo de estratificação do risco cardiovascular e de diabetes. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, utilizando o banco de dados da plataforma e-Gestor sobre a cobertura da atenção básica de pessoas hipertensas e diabéticas no município de Rio Branco, Acre. Como resultado foram confirmadas 253.096 pessoas ativas no cadastro individual do Sistema Único de Saúde, na Atenção Primária do município de Rio Branco, Acre; classificados como, 247.484 indivíduos ativos e 5.612 que saíram do cadastro (5.009 por mudança de território e 603 por óbitos). Dentre eles, destacamos 6.184 (4,1%) casos de diabetes mellitus e 21.191 (14,2%) casos de hipertensos. Evidenciou-se que não existe um protocolo, na prática, para estratificação do risco cardiovascular e de diabetes mellitus na rotina das Unidades de Saúde. Além disso, os protocolos disponibilizados nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde são utilizados pelos profissionais da saúde, porém houve uma estruturação da linha de cuidado e protocolos para estratificação dos riscos cardiovascular e de diabetes, que após avaliação será implantado e implementado nas unidades de saúde do município de Rio Branco, Acre.

Palavras-chave: Doenças crônicas. Promoção à saúde. Prevenção.

The control of diabetes and arterial hypertension in primary care units in the city of Rio Branco - Acre

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases are the biggest global health problem, being the main cause of the high number of premature deaths, the loss of quality of life of a large part of the world's population. The objective was to identify people registered on the e-Gestor platform, with a diagnosis of arterial hypertension and diabetes mellitus in the city of Rio Branco Acre, as well as to describe the cardiovascular and diabetes risk stratification protocol. This is a descriptive quantitative study, using the database of the e-Gestor platform on the coverage of primary care for hypertensive and diabetic people in the city of Rio Branco, Acre. As a result, 253,096 active people were confirmed in the individual registration of the Unified Health System, in Primary Care in the municipality of Rio Branco, Acre; classified as, 247,484 active individuals and 5,612 who left the register (5,009 due to change of territory and 603 due to deaths). Among them, we highlight 6,184 (4.1%) cases of diabetes mellitus and 21,191 (14.2%) cases of hypertension. It

was evident that there is no protocol, in practice, for stratifying cardiovascular risk and diabetes mellitus in the routine of Health Units. In addition, the protocols made available in the Primary Care Notebooks of the Ministry of Health are used by health professionals, but there was a structuring of the care line and protocols for stratifying cardiovascular and diabetes risks, which after the evaluation will be improved and implemented in the health units in the city of Rio Branco, Acre.

Keywords: Chronic diseases. Health promotion. Prevention.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a Sociedade Brasileira de Diabetes estima que a população mundial com diabetes é de 411 milhões e que pode atingir 471 milhões até 2035, onde a maioria dessas pessoas se encontram em países em crescimento (SBD, 2015).

Segundo Cotta (2009), com o crescimento epidêmico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destaca-se as doenças cardiovasculares e diabetes, podendo ser atribuído ao aumento das exposições aos principais fatores de riscos para tais doenças, junto com o aumento da longevidade da populacional acaba tornando a população mundial mais vulnerável ao desenvolvimento de doenças crônicas. Ademais, o aumento da obesidade causada pela transição nutricional no qual a maioria dos países em desenvolvimento passa, se torna um dos principais fatores para explicar o crescimento dos números de pessoas portadoras de doenças como diabetes e hipertensão.

Assim, o relatório da Organização Mundial da Saúde - OMS do ano de 2020, aponta que as DCNT são causadoras de 73,9% dos óbitos no mundo. Além disso, sobre a prevalência global, com base populacional em pessoas acima de 18 anos, a estimativa de hipertensos neste grupo foi de 24,1% em homens e em 20,1% em mulheres, o que representa cerca de 1,13 bilhões de pessoas em todo o mundo, se tratando do diabetes a estimativa é em cerca de 8,8% das pessoas em todo mundo, isso corresponderia a estimativa de 414 milhões de pessoas com idade entre 20 a 79 anos, dados esses que fazem a hipertensão arterial e o diabetes mellitus ser considerado duas das doenças crônicas mais prevalentes no mundo. (AZEREDO et al., 2028).

No quadro nacional, os dados de prevalência apresentam índices semelhantes ao estudo realizado no ano de 2016 incluindo todas as capitais do Brasil e o Distrito Federal, onde a prevalência de hipertensos em indivíduos acima de 18 anos era de aproximadamente 25,7% e o de diabetes em 8,9%. (SARNO et al., 2018).

Atualmente, no Brasil, de acordo com pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em média 9,1% da população maior de 18 anos é diagnosticada com diabetes, com destaque para a

população de 45 anos ou mais, que compõe a maioria dos casos e em média 26,3% dos maiores de 18 anos são diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com aumento no percentual conforme o avanço da idade. (BRASIL, 2022).

Logo, o diabetes em grande parte, acomete indivíduos em qualquer faixa etária, entretanto o Diabetes Mellitus tipo 2 – (DM2) é mais frequente no seu diagnóstico a partir dos 40 anos. Tal enfermidade, por ser uma deficiência na secreção ou resistência à insulina, causa distúrbios metabólicos associados (SBD, 2015), como: dislipidemia e síndrome metabólica. A origem, além de genética, é influenciada pelo estilo de vida do indivíduo, cujos principais facilitadores são sedentarismo, dietas ricas em carboidratos, gorduras e obesidade, que favorecem o estado de "resistência à insulina" (BRASIL, 2022).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a HAS além de apresentar alta morbimortalidade, interfere negativamente na qualidade de vida, sendo recomendado o diagnóstico precoce. Por entender, que não é necessário o uso de tecnologia sofisticada para a sua detecção e sendo exclusivamente tratamento clínico diante disso, o plano terapêutico é passível de controle ao incluir mudanças no estilo de vida, uso de medicamentos de baixo custo, poucos efeitos colaterais, eficazes e de fácil aplicação na Atenção Básica. Desta forma, podem ser minimizadas mediante a reorganização do serviço de saúde e aumento na adesão ao acompanhamento e tratamento. (BRASIL, 2013).

Tal contexto tem como consequência um elevado número de internações e por conseguintes altos gastos, estando direto e indiretamente relacionado às duas patologias, diabetes e hipertensão arterial. Dessa forma, ressalta-se que no ano de 2018 foram dispensados 3,45 bilhões com demandas de saúde relacionadas à diabetes, hipertensão e obesidade no Brasil. Tais custos se devem à alta taxa de permanência hospitalar, necessidade frequente de intervenções e a severidade das complicações, que demandam procedimentos de alta complexidade. (AZEREDO et al., 2018).

Na cidade de Rio Branco, Acre, segundo os dados do VIGITEL a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial foi 26,3% na população ≥ 18 anos, com a menor frequência no sexo masculino (25,4%) que no sexo feminino (27,1%). A frequência de adultos que referiram diagnóstico de diabetes foi de 9,1%, sendo 8,6% do sexo masculino e 9,6% no sexo feminino. Vale ressaltar que o município de Rio Branco também se apresenta como a quinta capital com maior prevalência de excesso de

peso na população de adultos ≥ 18 anos com 60,4% de indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 25 kg/m², acima da média nacional que é 57,2%. Tais informações demandam atenção para a ocorrência de doenças como hipertensão, diabetes, doenças renais e cardiovasculares. (BRASIL, 2019).

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi identificar as pessoas cadastradas na plataforma e-Gestor, com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus no município de Rio Branco Acre, assim como descrever o protocolo de estratificação do risco cardiovascular e de diabetes, além do fluxo e protocolo de assistência na linha de cuidado dessas pessoas na rotina das Unidades Saúde da Família-USF.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, utilizando o banco de dados do e-Gestor Atenção Básica, sobre a cobertura de pessoas hipertensas e diabéticas no município de Rio Branco, Acre. O e-gestor AB é uma plataforma WEB de informação e gestão da Atenção Básica que centraliza os acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica, bem como um aglutinador de informações próprias para os gestores estaduais e municipais. (BRASIL, 2022)

A coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2022 e consistiu em realizar uma investigação dos pacientes com diagnósticos confirmados e avaliar a atenção à saúde dos mesmos, desenvolvida pelos integrantes da Atenção Básica à Saúde às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Para processamento e análise dos dados, eles foram duplamente digitalizados e armazenados em uma planilha eletrônica e, logo após, transferida para uma planilha em *Excel Word*.

A análise para os dados quantitativos foi do tipo descritiva, onde as variáveis quantitativas contínuas ou discretas foram analisadas com medidas de tendência central como: moda, média, mediana e desvio padrão, valores máximo e mínimo. Para as variáveis qualitativas (categóricas) nominais ou ordinais foram analisadas por frequências absolutas (n) e frequências relativas (%).

Por se tratar de uma pesquisa proveniente da plataforma WEB de informação e-Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde, a qual consta com módulos de acesso público, onde estão disponíveis relatórios para gestores, sem necessidade de login e senha

e que não identifica em nenhum momento dados nominais de pacientes. Portanto, desta forma, de acordo com a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, estas pesquisas não necessitam de apreciação do Comitê de Ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme dados do Ministério da Saúde, através do relatório da plataforma e-Gestor Atenção Básica, no município de Rio Branco foram confirmadas 253.096 pessoas ativas no cadastro individual do Sistema Único de Saúde - SUS na Atenção Primária; classificados como 247.484 indivíduos ativos e 5.612 que saíram do cadastro (5.009 por mudança de território e 603 por óbitos).

Nos indivíduos cadastrados e ativos no sistema, 111.653 (45,1%) são do gênero/sexo masculino, 134.177 (54,2%) femininos e 1,654 (0,7%) não foram informados; quanto a raça/cor a maioria se autodeclararam de cor parda 190.120 (76,8%), seguido da cor branca 30.256 (12,2%) e preta 8.109 (3,3%). No que se refere a idade, a maioria está entre a faixa etária de 20 a 29 anos, 45.833 (18,5%). (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Característica dos pacientes do cadastro individual da plataforma e-Gestor, do Ministério da Saúde, na atenção primária do município de Rio Branco – Acre, fevereiro de 2022, Brasil.

VARIÁVEIS	N	
	n	%
Idade (Faixa etária)		
< zero anos a 9 anos	30.489	8,8
10 anos a 19 anos	42.748	12,3
20 anos a 39 anos	85.149	24,60
40 anos a 59 anos	61.164	17,65
60 anos a 79 anos	23.368	6,75
80 anos ou mais	4.566	1,3
Não informado	99.162	28,6
Sexo		
Masculino	111.653	45,1
Feminino	134.177	54,2
Não informado	1.654	0,7
Raça/cor		
Branca	30.256	12,2
Preta	8.109	3,3
Amarela	16.650	6,7
Parda	190.120	76,8
Indígena	447	0,2
Não informado	1.902	0,8
Nacionalidade		
Brasileira	247.010	99,8

Naturalizado brasileiro	30	0,02
Estrangeiro	444	0,18
Não informado	0	0,0
Situação de Saúde		
PESO		
Baixo peso	3.559	1,4
Peso adequado	121.916	49,3
Acima do peso	22.847	9,2
Não informado	99.162	40,1
PROBLEMAS RENAIIS		
Sim	2.099	0,8
Não	196.476	79,4
Não Informado	48.909	19,8
DIABETES		
Sim	6.184	2,5
Não	204.233	82,3
Não Informado	37.067	15,2
HIPERTENSÃO		
Sim	21.191	8,6
Não	190.535	77,0
Não Informado	35.758	14,4

Fonte: Brasil, (2022)

Dentre as várias doenças crônicas informadas pelos pacientes, destacamos 6.184 (4,1%) casos de diabetes mellitus e 21.191 (14,2%) casos de hipertensão arterial. Porém, o percentual de pessoas que não informaram ser diabéticos e/ou hipertensos é grande, além disso, o número de pessoas hipertensas é bem maior que aquelas diabéticas. (**Tabela 1**).

No que tange a utilização de um protocolo para estratificação do risco cardiovascular e de diabetes mellitus na rotina das USF, a Diretoria de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, informa que não existe o protocolo na prática, porém o Núcleo de Linha de Cuidados de hipertensão e diabetes estruturou a linha de cuidado e protocolos para estratificação de risco dos pacientes diagnosticados e acompanhados, ainda será avaliado para possível implantação e implementação nas Unidades de Saúde do município de Rio Branco. Também vale ressaltar que o fluxo e protocolo de assistência na linha de cuidado à pessoa com hipertensão e diabetes, a mesma Diretoria informa que os profissionais utilizam aqueles dispostos em formato digital nos cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Os trabalhos nas redes de saúde são complexos, considerando a grande quantidade de indivíduos acometidos pelas DCNT, além das demais patologias existentes. Portanto, é fundamental que os indivíduos portadores dessas doenças estejam devidamente

cadastrados e com as informações atualizadas, o que possibilita um acompanhamento adequado da equipe de saúde, planejamento e organização das unidades e sua forma de trabalho. Ao considerar o alto nível de morbimortalidade causado pelo diabetes e a hipertensão arterial, tem-se um desafio para o sistema de saúde pública, que é acompanhar de modo sistemático os portadores dessas doenças e promover a prevenção. (FILHA et al., 2015).

Dentre os princípios que regem a organização do processo de trabalho das equipes de saúde, está a ampliação do acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde - UBS. Para tanto, é necessário conhecer a demanda existente, a fim de assisti-la de maneira organizada e desse modo, é possível atender outros princípios que orientam o processo de trabalho, como busca de maior qualidade da atenção à saúde e persistir na busca da integralidade da atenção prestada. (BRASIL, 2014).

O protocolo de estratificação do risco cardiovascular e de diabetes mellitus na rotina das unidades saúde da família-USF

No que tange ao protocolo de estratificação de risco cardiovascular, sobretudo nos contextos nacional e regional, o mesmo é considerado crucial como um instrumento de prevenção e orientação do tratamento das doenças cardiovasculares. Assim, sua aplicação correta permite identificar indivíduos sob risco e elaborar estratégias para acompanhamento e terapêutica com o objetivo de atenuar ou resolver as patologias existentes e possíveis, futuramente. Dessa forma, é possível economizar valores gastos com eventuais internações, tratamentos de complicações derivadas da falta de tratamento adequado, além de estabelecer intervenções compatíveis com o nível de risco do paciente. (BRASIL, 2014).

O alto número de hipertensos e diabéticos na comunidade é decorrente das condições de saúde da população e configura-se como uma condição passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes. Além disso, essas intervenções permitem, em longo prazo, reconhecer grupos diferenciados de risco e abordá-los de maneira também diferenciada, modificando os fatores de risco e diminuindo os desfechos desfavoráveis da evolução natural da hipertensão e diabetes. (SAMPAIO et al., 2010).

Atualmente, o grande desafio das equipes que atuam na Atenção Básica, porta de entrada do sistema de saúde, é a atenção em saúde para as doenças crônicas, muito prevalente, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais. Sua abordagem envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade. (BRASIL, 2014).

É preocupante a informação da Diretoria de Assistência à Saúde da SEMSA, município de Rio Branco, Acre, em que informa não existir o protocolo de estratificação do risco cardiovascular e de diabetes na rotina das USF. Porém, Rodrigues et al., (2021) ressaltam que na construção de ferramentas para a classificação de riscos são necessárias análises epidemiológicas da população específica, visando obter parâmetros confiáveis para a verificação da probabilidade da ocorrência de um determinado desfecho e dessa forma observando as limitações, aspectos favoráveis e desfavoráveis em relação às diferentes populações.

Considerando que as doenças cardiovasculares são responsáveis pela alta frequência de internações, o que provocam altos custos médicos e socioeconômicos, tornando a importância da abordagem da hipertensão e do diabetes necessária. Ressaltando que 60% a 80% dos usuários hipertensos e diabéticos podem ser tratados na UBS necessitando somente com estratégias de promoção e prevenção da saúde. (SBD, 2015).

Segundo Mendes (2012), os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam nas suas situações de saúde, devendo haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente. Entretanto, há um desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde, voltado para responder às condições e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa.

Além da proposta do antigo Hiperdia, ao longo das décadas foram criadas muitas estratificações de risco cardiovasculares para definir e atuar sobre os preditores que promovem hipertensão, diabetes e suas complicações. Porém, somente em 1998 o *Framingham Heart Study* criou um escore que através da identificação de valores de alguns fatores como pressão arterial sistólica, colesterol total e a fração HDL, presença de diabetes e o conhecimento do hábito tabágico pode-se estimar o risco de doença

coronariana, permitindo identificar indivíduos de alto risco e promover uma assistência médica dirigida a esses grupos, além da promoção de práticas de prevenção de doenças cardiovasculares. (LOTUFO, 2008).

Assim, o Ministério da Saúde orienta a realização de prognóstico e terapêutica da hipertensão na atenção primária utilizando o escore de *Framingham*, uma vez que os fatores de risco utilizados no escore são muito prevalentes na população hipertensa. Além disso, o uso deste escore no tratamento permite evitar desfechos graves da hipertensão (PIMENTA; CALDEIRA, 2014). No entanto, não deve haver a falsa ideia de que as Doenças Cardiovasculares (DCV) e os seus fatores de risco só estão presentes nas fases de vida avançadas, uma vez que indivíduos jovens de 20 a 40 anos podem apresentar evidências de doença aterosclerótica. Isso se justifica por fatores como busca de estabilização na vida profissional e pessoal tornando esses jovens susceptíveis ao consumismo contemporâneo que interfere diretamente nos hábitos de vida e prejudica sua saúde. (MOREIRA et al., 2010).

De modo análogo ao que ocorre com os protocolos de estratificação de risco cardiovascular, em diversos países há a elaboração de métodos de avaliação do risco associado ao diabetes. Exemplo disso é o Findrisk, que foi produzido na Finlândia e consiste em um questionário simples que visa estimar a probabilidade de o entrevistado desenvolver DM2 e de haver diabetes assintomático. Tal ferramenta não necessita de testes laboratoriais, mas de dados clínicos reconhecidamente relacionados ao diabetes, como idade, sexo, IMC, circunferência abdominal, histórico familiar, dentre outros. A partir desses elementos, o sujeito pode ser classificado em níveis de risco que vão de baixo a muito alto. (CÂNDIDO et al., 2017).

Considerando que o cuidado de usuários com doenças crônicas deve acontecer de forma integral, se possível organizado em rede, o MS estabeleceu diretrizes, no ano de 2010, para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. (BRASIL, 2013).

O fluxo e protocolo de assistência na linha de cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

Com base nas recomendações do Ministério da Saúde o fluxo de diagnóstico e conduta em relação a hipertensão tem por finalidade estabelecer de modo claro uma

sequência adequada de atuação ao profissional de saúde, de modo que seja possível abordar o paciente com eficiência em relação ao problema. (BRASIL, 2014).

No que tange o fluxograma de rastreamento e diagnóstico para indivíduos hipertensos maiores de 18 anos, faz-se necessária a aferição da pressão arterial, cujo resultado irá determinar a necessidade de orientações específicas, visando a prevenção primária, possível reavaliação, consulta de enfermagem com orientação sobre mudança de estilo de vida (BRASIL, 2014). A respeito do diabetes, o grupo alvo do rastreamento e exames de glicemia são os indivíduos com fatores de risco. Dentre esses fatores, os principais são históricos familiar, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes gestacional, obesidade, história de doença cardiovascular, baixa tolerância à glicose ou glicemia de jejum alterada. A observação atenta de tais fatores é crucial, pois o DM2 geralmente tem início insidioso, de maneira que a forma de detectar antes do início ou em fases iniciais é primariamente pelos fatores de risco associados a possíveis sintomas e pela confirmação com testes de glicemia. (BRASIL, 2013).

A respeito da política de saúde empregada pelo poder público contra as indisposições em questão, a Divisão da Rede de Atenção à Pessoa com Condições Crônicas de Rio Branco – Acre, utiliza o Caderno de Atenção Básica nº 15 do Ministério da Saúde de 2016, Caderno de Atenção Básica nº 37 de 2014 e segue o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não transmissíveis no Brasil (2021-2030). Ademais, o Núcleo de Linhas de Cuidado de Hipertensão e Diabetes estruturou a linha de cuidado e protocolos para estratificação de risco dos pacientes, porém esse dispositivo encontra-se em avaliação e posteriormente será implementado.

A respeito dos profissionais, a mesma autarquia informa realizar capacitações e orientações com os tais, a fim de atualizá-los quanto a protocolos, conduta e assistência. Ademais, há integração no trabalho com os serviços oferecidos pela Divisão de Atenção a Populações Específicas, Divisão de Atenção aos Ciclos de Vida e Divisão de Rede de Atenção Psicossocial. As divisões atuam em conjunto a fim de atingir as metas estabelecidas pelo modelo de financiamento à Atenção Primária em saúde, o PREVINE Brasil (instituído pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 e alterado pela portaria 2.254 de 3 de setembro de 2021).

CONCLUSÃO

Evidenciou-se a necessidade da análise no contexto da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, no que tange a identificação de protocolos para o controle e monitoramento das pessoas que fazem parte dessa classe de DCNT, dada a carência de políticas voltadas para as Unidades Básicas de Saúde, por representar importantes causas principais de óbitos no município de Rio Branco – AC.

Também foi possível evidenciar que os protocolos disponibilizados nos Cadernos de Atenção Básica do MS são utilizados pelos profissionais da saúde, havendo ações no sentido de melhorar a qualidade no atendimento e assistência e, por consequência, aumentar o controle da hipertensão e do diabetes.

Portanto, entende-se que a partir da visualização dos protocolos de atendimento e assistência a pacientes hipertensos e diabéticos é possível perceber o papel relevante da enfermagem na Atenção Primária e educação em saúde. Tal efeito é obtido por meio das consultas de enfermagem, que são voltadas aos indivíduos com fatores de risco e manifestações iniciais das doenças crônicas abordadas neste trabalho. Portanto, o sucesso na prevenção, controle e tratamento dessas enfermidades depende da atuação da equipe de enfermagem.

AGRADECIMENTO

Universidade Federal do Acre - UFAC/PIBIC.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor Atenção Básica**: Informação e Gestão da Atenção Básica. 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: 12 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica**: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus. 36. ed. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**. Vigitel, Brasil, 2019.

CÂNDIDO, J. A. B.; TORRES, G. M. C.; FIGUEIREDO, I. D. T.; MORAIS, A. P. P.; PINTO, F. J. M.; PINTO, A. G. A.; MORREIRA. M. R. C.; ALMEIDA, M. I. Estratificação do risco para Diabetes Mellitus

na saúde coletiva. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 1-8, 2017. DOI: 10.5020/18061230.2017.6118.

COTTA, R. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 6, p. 823-835, 2009.

FILHA, M. M. T.; SOUZA-JUNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. Supl. 2, p. 83-96, 2015.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Revista de Medicina**, v. 87 n. 4, p. 232-237, 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 7 jan.2022

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4. p. 662-669, 2010.

PIMENTA, H. B; CALDEIRA, A. P. Framingham Score Cardiovascular Risk Factors among Hypertensives Attended by Family Health Teams. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1731-1739, 2014.

RODRIGUES, C. F.; BOTHREL G. B.; TURCI M. A. Análise comparativa das diferentes ferramentas de estratificação de risco cardiovascular: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 9, p. e8733, 2021.

SAMPAIO, M. R.; MELO, M. B. O.; WANDERLEY, M. S. A. Estratificação do Risco Cardiovascular Global em Pacientes Atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 1, n. 1, p. 47-56, 2010.

SARNO, F.; BITTENCOURT, C. A. G.; OLIVEIRA, S. A. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e ou diabetes mellitus de unidade de atenção primária à saúde. **Einstein**, v. 18, p. 1-6, 2018.

SBD -- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Epidemiologia da diabetes**. 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/diabetes-tipo-2/44-epidemiologia-e-prevencao-do-diabetes-mellitus>. Acesso em: 25 abr. 2022.