

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

IGOR FERNANDO BARROS PIRES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ESTRATIFICAÇÃO DE
RISCO CARDIOVASCULAR DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
NA ESF ESPERANÇA DE JAPONVAR/MG, A PARTIR DO
SCORE DE FRAMINGHAM.**

Belo Horizonte/MG
2016

IGOR FERNANDO BARROS PIRES

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESF ESPERANÇA DE JAPONVAR/MG, A PARTIR DO ESCORE DE FRAMINGHAM.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Belo Horizonte/MG
2016

IGOR FERNANDO BARROS PIRES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ESTRATIFICAÇÃO DO
RISCO CARDIOVASCULAR DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
NA ESF ESPERANÇA DE JAPONVAR/MG, A PARTIR DO
SCORE DE FRAMINGHAM.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (UFMG)

Examinador 2 – Prof. Kátia Ferreira Costa Campos

Aprovado em Belo Horizonte, em 25 de maio de 2016.

RESUMO

O estudo objetivou a realização de um projeto de intervenção para o levantamento estratificado do risco cardiovascular de usuários diabéticos e hipertensos adscritos na equipe de Estratégia de Saúde de Família Esperança em Japonvar, Minas Gerais. A necessidade do estudo foi baseada no número elevado de hipertensos e diabéticos adscritos na unidade de Saúde da Família Esperança. Esse estudo foi elaborado através do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), essa metodologia identifica e descreve os problemas e as prioridades encontrados na unidade básica de saúde e avalia também os recursos críticos e os seus controladores. A estratificação de risco cardiovascular permite classificar os usuários hipertensos e diabéticos de acordo com um risco específico para a tomada de decisão terapêutica baseada nesse respectivo risco. Porém, algumas medidas terapêuticas não farmacológicas estão indicadas para todos os usuários diabéticos e hipertensos independente do grau de risco cardiovascular.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The study aimed to conduct a stratified survey of cardiovascular risk in diabetic hypertensive users and ascribed in Hope team Japonvar, Minas Gerais. The need for the study was based on the high number of hypertensive and diabetic ascribed in the Health Unit Family Hope. This study was prepared by the method of Situational Strategic Planning (PES) for the development of an action plan to act on the high number of hypertension and diabetes in the unit described. This PES methodology identifies and describes the problems and priorities found in the basic health unit and also evaluates the critical resources and their controllers. It is concluded from this study that the cardiovascular risk stratification allows classify hypertensive patients and diabetics according to a specific risk for therapeutic decision-making based on that their risk. However, some pharmacological therapies are not indicated for all users and independent diabetic hypertensive cardiovascular risk level.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 OBJETIVO.....	10
11	
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	132
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	165
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERENCIAS.....	221

1 INTRODUÇÃO

O município de Japonvar, em Minas Gerais apresenta uma população de 8.643 habitantes, distribuídos em uma área de 375.232 km² e está inserida no bioma do cerrado. Foi instalada oficialmente em janeiro de 1996 e está posicionada a 531 km de Belo horizonte e a 108 km de Monte claros, a maior cidade do norte de Minas. O município faz divisa com Lontra, Patis, Varzelândia e Brasília de Minas e possui uma taxa de urbanização de 34% com pequena concentração habitacional. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2010 é de 0,608 (BRASIL, 2016). Sua economia se baseia em serviços, agropecuária e produção de carvão vegetal nesta ordem de importância.

A estratégia de saúde da Família do município conta com cinco enfermeiros, 24 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 12 técnicos de enfermagem, cinco médicos generalistas, um médico ginecologista e um médico pediatra. Conta ainda com um Centro de Saúde e tem pactuação com a cidade de Brasília de Minas para encaminhamentos de urgência e emergência para o Hospital Regional. Possui ainda 8 escolas, três creches, uma clínica de fisioterapia, um laboratório de análises clínicas, uma farmácia de minas e um centro de atendimento odontológico.

A população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Esperança está localizada na zona rural a aproximadamente 20 km do centro da cidade. O acesso é por estrada não pavimentada e sem sinalização. A população coberta pela UBS é de 2201 pessoas divididas em sete microáreas atendidas por uma equipe de saúde da família. A UBS é utilizada pela maioria dos usuários, embora possua muitas limitações estruturais.

A população apresenta hábitos alimentares deficientes com muita ingestão de gordura animal. Boa parte são usuários acima de 60 anos hipertensos com um bom número de diabéticos. Na realização do grupo operativo Hiperdia, a população adscrita recebe informações sobre dieta e hábitos de vida saudáveis, embora não realize no dia a dia. A maioria da população apresenta renda entre 1 e 4 salários e boa parte são beneficiários dos programas governamentais como Bolsa Família e moradores de domicílios

rurais. Assim, para ajudar as famílias há muitos menores no trabalho do campo e isso se associa com a pouca oferta de trabalho na região urbana do município.

A maioria da população do município é residente da zona rural e isso reflete na população adscrita da UBS que, são todos moradores da zona rural. Além disso, a maioria dos usuários cadastrados nessa unidade são maiores de 60 anos.

O serviço de saúde oferece quadro completo de equipe de saúde, embora o cirurgião dentista atenda em outra localização. Mas também são oferecidos na UBS exames laboratoriais, exames de imagem e medicamentos via farmácia de minas localizada no município. As consultas na unidade são disponibilizadas a maioria através de agenda programada e uma pequena parte destinada a demanda espontânea que se enquadre em urgência médica. Há uma vez na semana um atendimento do ginecologista e do pediatra, porém realizado no centro de saúde do município. Caso haja alguma intercorrência de urgência na UBS, o usuário é transferido para o centro de saúde ou transferido direto para o hospital regional de Brasília de Minas, onde possui pactuação.

Através de coletas de informações realizadas pelos profissionais de saúde, a cidade de Japonvar alimenta o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) municipal, em que é lançado vários dados referentes a saúde dos usuários. Importante também ressaltar que uma vez por mês é realizado um encontro com toda a equipe para discutir as ações realizadas no mês e a identificação de dificuldades na comunidade que a equipe, na sua atuação, possa enfrenta-las e resolve-las.

A equipe de saúde da família Esperança realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado número elevado de usuários hipertensos e diabéticos na comunidade, o qual se tornou prioridade para a elaboração do plano de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

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 permitiriam em longo prazo, reconhecer grupos diferenciados de risco e aborda-los de maneira também diferenciada. A intervenção precoce sobre os grupos classificados pela estratificação, assim como foi observado no estudo Sampaio et al., 2010 e Nascimento et al., 2012, permite modificar os fatores de riscos e diminuir os desfechos desfavoráveis da evolução natural da hipertensão arterial.

A equipe após análise da situação levantada identificou a nível local os recursos humanos e materiais para a realização do projeto de intervenção, considerando-o viável.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para a estratificação do risco cardiovascular de hipertensos e diabéticos no ESF Esperança de Japonvar/MG, a partir do escore de Framingham.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar revisão da literatura sobre o tema.
- Analisar o problema tendo como referência dados fornecidos pela equipe, a experiência de trabalho e a revisão executada;
- Elaborar o plano de intervenção envolvendo toda a Equipe de Saúde da Família.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional – PES dos autores Campos Faria e Santos (2010). O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi número elevado de usuários hipertensos e diabéticos na comunidade 1. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização. Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano. Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Para o embasamento teórico foi feita uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) e Biblioteca Virtual do NESCON utilizando os descritores: Estratégia Saúde da Família ESF, Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus.

4.1 Escore De Framingham

O Escore de Framingham foi um estudo de coorte do risco cardiovascular de moradores residentes na cidade de Framingham, estado de Massschesetts. Foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores cujo diretor foi Thomas Royle Dawber, nos Estados Unidos, em 1948. O escore avalia o risco absoluto de pessoas assintomáticas desenvolverem doenças coronarianas nos próximos dez anos. As doenças coronarianas definidas inicialmente foram angina de peito, infarto do miocárdio, angina instável e morte por doença coronariana. No entanto, com advento de novos ensaios clínicos, ao longo do tempo, foi acrescentado ao escore inicial novas variáveis, como a fração HDL do colesterol e triglicérides (LOTUFO, 2008).

O escore de Framingham foi utilizado no projeto após a identificação de hipertensos e diabéticos no território de abrangência. Após essa identificação esses usuários são avaliados individualmente, através de um escore que apresenta dados clínicos e laboratoriais. Esse escore classifica os usuários em riscos baixo ou alto o que permite medidas de atuação diferenciadas de acordo com o tipo de risco. A finalidade do uso desse escore no projeto é identificar vários fatores de riscos simultâneos e melhorar a adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa. Assim, esse escore pode ser utilizado como ferramenta para a realização de medidas de prevenção de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares embora essa classificação deva ser realizada sempre dentro de um contexto clínico e epidemiológico.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se define com valores pressóricos superiores a 130x80 mmHg de maneira sustentada com a possibilidade de causar alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos (SBC, 2010). Já o *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM) é definido como uma doença de múltiplas causas que provoca elevação crônica dos níveis glicêmicos decorrentes de incapacidade de produção de insulina ou de exercer seus efeitos nos tecidos (BRASIL, 2001).

As doenças cardiovasculares (DCV) do coração e dos vasos sanguíneos é a causa mais comum de morte no Brasil. E nesse grupo o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) são as causas mais prevalentes (BRASIL, 2001). Em Minas Gerais a prevalência da hipertensão arterial é de 20 % em sua população igual ou superior a 20 anos e o diabetes também em maiores ou iguais a 20 anos possui uma estimativa de 5,6% segundo dados da SES/MG (2013).

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações o que provoca altos custos médicos e socioeconômicos (SBC, 2010). Desse modo, a importância da abordagem da HAS e do DM torna-se muito importante, principalmente nos grupos operativos como Hiperdia. Ressalta-se que 60 a 80% dos usuários de HAS e DM podem ser tratados na UBS necessitando somente de estratégias de promoção e prevenção da saúde (Carvalho et al., 2012). Assim, devido à alta prevalência das doenças cardiovasculares foi criado em 2002 um plano de reorganização de atenção a HAS e DM com acompanhamento constante na Estratégia de Saúde Familiar (ESF) chamado Hiperdia (LIMA et al., 2012).

O DM e HAS são comorbidades que apresentam muitos fatores de risco. Na HAS destaca-se idade com prevalência superior a 60% em indivíduos acima de 65 anos, além disso, há outros fatores de maior prevalência de HAS como indivíduos de cor não branca que tem prevalência duas vezes maior, excesso de peso e obesidade, ingestão aumentada de sódio, sedentarismo entre outros (SBC, 2010). Já no DM destaca-se como fatores de risco sedentarismo, história familiar de DM em parente de primeiro grau,

antecedentes de macrosomia fetal, HAS, níveis plasmáticos de colesterol HDL menor ou igual a 35 mg/dl e de triglicerídios maior ou igual a 250 mg/dl, Síndrome de Ovários Policísticos (SOP), obesidade grave entre outros (SES/MG, 2013).

Importante ressaltar as complicações de HAS e DM, pois são condições muitas vezes associadas a quadros de urgência médica. Assim, as principais complicações do DM são a DCV aterosclerótica (principal causa de morte em indivíduos diabéticos), retinopatia diabética (principal causa de cegueira), nefropatia diabética, neuropatia diabética (em que a polineuropatia sensitiva simétrica distal é a forma mais comum), doença arterial periférica entre outros. Já no âmbito da HAS os principais complicadores são hipertrofia ventricular esquerda, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, nefropatia hipertensiva, acidente vascular encefálico, retinopatia hipertensiva, entre outras (SES/MG, 2013).

Diante desse cenário torna-se importante a realização do Hiperdia como plano de intervenção para estabelecer metas e diretrizes para a realização de medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da HAS e o DM (LIMA et al., 2012).

Além da proposta do Hiperdia, ao longo das décadas foram criadas muitas estratificações de risco cardiovasculares para definir e atuar sobre os preditores que promovem HAS, DM e suas complicações. Assim, 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 DM e o conhecimento do hábito tabágico pode-se estimar o risco de doença coronariana nos próximos dez anos. Essa estratificação permite identificar indivíduos de alto risco e promover uma assistência médica dirigida a esses grupos além de promoção de práticas de prevenção de doenças cardiovasculares (LOTUFO, 2008).

O Ministério da Saúde orienta a realização de prognóstico e terapêutica da HAS na atenção primária através da estratificação de risco cardiovascular 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 HAS, (PIMENTA; CALDEIRA, 2014). No entanto, não deve haver a falsa ideia de que

as DCV e os fatores de risco de DCV 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. Mas no caso dos indivíduos jovens portadores de HAS e DM, os mesmos podem também participar o Hiperdia, pois essa estratégia pode realizar a avaliação de seu risco na população e definir medidas terapêuticas e preventivas (MOREIRA et al., 2010).

O Hiperdia promove também, na ESF, uma melhora na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, além de estabelecer maior compromisso de seus participantes com a realização de hábitos de vida saudáveis e conseqüentemente realizar medidas preventivas e de controle das doenças cardiovasculares (LIMA et al., 2012).

Assim, torna-se importante citar as medidas preventivas de DCV e suas complicações, pois essa tarefa é de responsabilidade das equipes de saúde, principalmente na prevenção de HAS, DM e suas complicações. Desse modo, a equipe de saúde deve orientar o controle da obesidade, sedentarismo, tabagismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2001). Essas medidas ganham ênfase na UBS, pois além de constituir instrumento fundamental de promoção e prevenção de saúde, essas unidades representam para a maioria dos usuários brasileiros o único acesso à assistência de saúde (SAMPAIO et al., 2010).

Nesse contexto, a abordagem da HAS e DM deve ser multiprofissional, pois, assim, há maior adesão a terapêutica, promoção da saúde e ações específicas regidas pelas diretrizes de cada profissão (SES/MG, 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Através do diagnóstico situacional foi identificado que o número de hipertensos e diabéticos na UBS Esperança é o principal problema levantado pela equipe de saúde da unidade, sendo assim o risco cardiovascular também é elevado nesses usuários. É importante ressaltar que a resolução do mesmo é de enfrentamento parcial.

Segue-se com a apresentação do desenvolvimento do plano de intervenção na tabela 1 e Quadro 1. E na Tabela 2, a gestão do plano.

Tabela 1 – Principais problemas levantados pela equipe e sua ordem de prioridade na UBS Esperança, Japonvar – Minas Gerais.

Principais problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Número elevado de hipertensos e diabéticos	Alta	Parcial	1
Número de idosos como comorbidades crônico-degenerativas	Alta	Parcial	2
Número de crianças com Oxiúriase	Alta	Parcial	3
Deficiência de rede de esgoto em todo o município	Alta	Parcial	4
Gravidez na adolescência	Alta	Parcial	5

Fonte: próprio autor (2016).

Esses problemas, citados conforme suas prioridades, foram realizados a partir do diagnóstico situacional seguindo o modelo sugerido pelo módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde dos autores Campos, Faria e Santos (2010). Além disso, foi realizada uma planilha onde os problemas foram identificados e analisados.

Dessa forma, o número elevado de hipertensos e diabéticos na unidade foi considerado prioritário, uma vez que há 46 % (949) hipertensos e 6,9 % (154) diabéticos sobre responsabilidade da equipe de saúde da família Esperança. Assim, boa parte desses usuários, embora participe do Hiperdia não seguem as orientações de hábitos de vida saudáveis e não apresentam adesão terapêutica a essas comorbidades. O controle dos usuários no Hiperdia

é realizado por um caderno, em que os ACS registram a participação dos usuários.

Portanto, em relação ao número de hipertensos e diabéticos na UBS, o trabalho propõe estratificá-los conforme o grau de risco e dessa maneira identificar os usuários com risco cardiovascular mais elevado para intensificar as propostas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas e também realizar uma mudança de comportamento dos profissionais da equipe, para que os usuários de menor risco cardiovascular possam realizar as medidas preventivas e assim evitar aumento do risco com o passar do tempo.

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico “hipertensos e diabéticos descompensados na UBS, não estratificados conforme o escore de Framingham”, relacionado ao problema do elevado número de hipertensos e diabéticos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Esperança, em Japonvar, Minas Gerais

Nó crítico 1	Número elevado de usuários hipertensos e diabéticos descompensados na UBS não estratificados conforme o escore de Framingham.
Operação	“Estratificar é saúde”.
Projeto	Estratificação do risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos utilizando a classificação de Framingham.
Resultados esperados	Redução do número de hipertensos e diabéticos descontrolados, maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, maior conhecimento pelos usuários sobre a hipertensão e diabetes, redução das complicações oriundas da hipertensão e diabetes descontrolados e maior acesso dos usuários estratificados ao tratamento.
Produtos esperados	Campanha educativa sobre a prevenção de doenças cardiovasculares e mudança de postura dos profissionais da unidade para aumentar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeiro e médico: coordenação do projeto. ACS: convidar aos hipertensos e diabéticos a participarem da estratificação.

Recursos necessários	<p>Estrutural: disponibilizar local adequado para o encontro dos usuários hipertensos e diabéticos.</p> <p>Cognitivo: Capacitar ACS sobre a importância da Estratificação de risco</p> <p>Financeiro: Criação de cartazes educativos.</p> <p>Político: liberação dos ACS para a capacitação.</p>
Recursos críticos	<p>Político: Conseguir liberação pela coordenação municipal</p> <p>Financeiro: para confecção de cartazes</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretário de saúde</p> <p>Motivação: indiferente</p>
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto aos gestores do município
Responsáveis:	Enfermeiro e Médico
Cronograma / Prazo	Início em 3 meses e término em 9 meses. Prazo total em 12 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Serão realizados a partir de uma planilha de acompanhamento

Fonte: próprio autor (2016).

A seguir há a tabela 2 mostra o número de hipertensos e diabéticos cadastrados na ESF Esperança de Japonvar – MG. Assim, pode-se observar que o número de hipertensos e diabéticos acompanhados pela estratificação de risco é relativamente baixo. Isso é justificado pela não realização de exames laboratoriais pela maioria dos usuários. Estes justificam a carência financeira para a não realização, associado à realização insuficiente pelo município.

Dessa forma, como o exame laboratorial fornece critério obrigatório para a realização da estratificação, a sua ausência impede a realização da estratificação de risco. Pode-se observar também que a maioria dos hipertensos e diabéticos acompanhados pelo protocolo está controlada.

6.1 Monitoramento e Avaliação do Plano

A realização do acompanhamento e monitoramento do projeto de intervenção ocorre a partir da realização da identificação e idade dos pacientes, além de realização da estratificação pelo escore de Framingham que é registrado em um caderno. Este fica localizado na UBS e nos encontros mensais do Hiperdia os hipertensos e diabéticos são estratificados.

Inicialmente é realizada uma reunião com toda a equipe para discutirmos sobre a estratificação e seu modo de realização e importância. Num segundo momento os ACS são capacitados a convidar os hipertensos e diabéticos a participar da reunião do Hiperdia. Nesse encontro é discutida aos participantes a importância da estratificação do risco cardiovascular e da adesão dos mesmos, a realização de exames laboratoriais necessários para realizar o escore de Framingham.

Desse modo, após os resultados desses exames, serão realizadas as estratificações individuais dos hipertensos e/ou diabéticos através de consultas realizadas pelo médico e enfermeiro da UBS. Essas estratificações são anotadas em um caderno para o registro de todos os participantes. Posteriormente o Hiperdia será subdividido em grupo de alto e baixo risco para, dessa maneira, controlar e tratar melhor os usuários hipertensos e diabéticos.

Assim, o grande desafio encontrado na UBS é a realização dos exames laboratoriais pelos usuários com HAS e DM, já que o município possui uma cota relativamente pequena de exames laboratoriais para todos os usuários participantes do estudo. Por isso, muitos alegam que não possuem condições de pagar os exames e outros argumentam que não pagaram os exames, pois esperarão a cota pelo município.

Nesse momento, os ACS já foram capacitados e foram estratificados 50 usuários com registro no caderno que fica fixo na UBS.

Segue na Tabela 2 a gestão, acompanhamento e avaliação do plano.

Tabela 2: Planilha de gestão, acompanhamento e avaliação, Japonvar-MG, 2016.

Indicadores	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Número	%	Número	%	Número	%
Hipertensos esperados	949	100				
Hipertensos cadastrados	949	100				
Hipertensos confirmados	949	100				
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	234	24,6				
Hipertensos controlados	180	18,9				
Diabéticos esperados	154	100				
Diabéticos cadastrados	154	100				
Diabéticos confirmados	154	100				
Diabéticos acompanhados conforme protocolo	56	36,3				
Diabéticos controlados	48	31				
Complicações por hipertensão e diabetes	12	7,7				
Internações por problemas de hipertensão e diabetes	4	2,5				
Óbitos por causas hipertensivas e diabéticas	0	0				

Fonte: próprio autor (2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, sedentarismo e obesidade são condições presentes nos usuários participantes do Hiperdia. No entanto, como hipertensão arterial e diabetes são condições, na maioria das vezes, assintomáticas faz necessária uma abordagem diferenciada sobre estes grupos para evitar as suas complicações a médio e longo prazo. A partir desse fato a realização de uma estratificação de risco permite identificar, classificar e intervir com maior ênfase nos usuários com hipertensão e diabetes que possuem um risco maior de mortalidade em longo prazo.

Dessa forma, a estratificação permitirá um manejo clínico mais efetivo priorizando os usuários classificados como de risco elevado o que contribuirá para uma melhor avaliação multiprofissional de controle e rastreamento de complicações. Assim, as mudanças no estilo de vida serão metas terapêuticas mais indicadas e acompanhadas no grupo de alto risco cardiovascular.

Além disso, os agentes comunitários de saúde poderão fornecer a equipe ESF informações sobre a adesão continuada dos usuários de alto risco de estratificação o que permitirá um maior controle sobre estes.

Portanto, o conhecimento pelo paciente de uma condição de maior risco facilita a adesão terapêutica e diminui os riscos de complicações a médio e longo prazo. Além disso, a estratificação permite direcionar maiores recursos de insumos e profissionais para os usuários de maiores riscos e permite a equipe a trabalhar com um alvo populacional de maior risco e estabelecer metas terapêuticas que influenciaram na qualidade de vida desses usuários.

REFERENCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p. il. (Cadernos de atenção Básica, 7), ISBN: 85-334-0341-0

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARVALHO, A.L.M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1885-1892, 2012.

LIMA, A.S. *et al.* A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, v.2, n.1, p.30-29, 2012.

LOTUFO PA. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Revista Médica** (São Paulo), v.87, n.4, p.232-7, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: Linha guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus doença renal crônica**.- 3. ed. – Belo Horizonte: SES/MG 2013.

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**, Porto Alegre (RS), v.31, n.4. p.662-9, 2010.

NASCIMENTO et al. Estratificação do Risco Cardiovascular Global em Hipertensos Atendidos Numa Unidade de Saúde da Família de Paranaíba, Piauí. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.25, n.3, p.287-294, 2012.

PIMENTA, H.B; CALDEIRA, A.P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1731-1739, 2014.

SAMPAIO et al. 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.51-60, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC), SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.95(Supl. 1), p.1-51, 2010.