

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

**JOSE LUIS ESPERANCE GALANO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VOLTADO À PREVENÇÃO DO RISCO  
CARDIOVASCULAR NA UBS DO BAIRRO MARACUJÁ EM  
TEOTONIO VILELA-AL**

**Maceió/AL**

**2016**

**JOSE LUIS ESPERANCE GALANO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VOLTADO À PREVENÇÃO DO RISCO  
CARDIOVASCULAR NA UBS DO BAIRRO MARACUJÁ EM  
TEOTONIO VILELA**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Margarete Pereira  
Cavalcante

**Maceió/AL**

**2016**

**JOSE LUIS ESPERANCE GALANO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VOLTADO À PREVENÇÃO DO RISCO  
CARDIOVASCULAR NA UBS DO BAIRRO MARACUJÁ EM  
TEOTONIO VILELA**

**Banca Examinadora**

Examinador 1: ProfªDrª Margarete Pereira Cavalcante (orientadora) – UFAL

Examinador 2: Maria Edna Bezerra da Silva -UFAL

Aprovado em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## **DEDICATORIA**

A minha esposa ODALYS BUBAIRE ESPINO, por seu amor e seu apoio incondicionais. Por sua tolerância. Por sua alegria. Por dedicar-se sem reparo e dia a dia a encontrar a nova formula que me fará Sorrir. Por sua determinação para me fazer muito feliz. Por existir.

## **AGRADECIMENTO**

A minha esposa por seu apoio, dedicação e carinho decisivos em todas as circunstâncias da minha vida.

A minha família por seu apoio incondicional.

Ao doutor Melquis pela sua ajuda na elaboração deste projeto.

À nossa orientadora professora Margarete Pereira Cavalcante por seu apoio, sua paciência e compreensão na elaboração e correção deste trabalho.

## RESUMO

O presente trabalho partiu de uma avaliação dos problemas denominados críticos e não críticos na população da UBS do bairro Maracujá em Teotônio Vilela. Entre os não críticos a equipe selecionou o alto risco de cardiovascular por descompensação de doenças crônicas como o fator de risco de maior relevância presente na nossa área de abrangência, tendo em conta a alta prevalência de doenças que constituem verdadeiros fatores de risco de desenvolver eventos cardiovasculares e a presença de um estilo de vida não saudável na maioria dos habitantes da população. Determinou-se realizar uma estimativa do risco cardiovascular mediante a aplicação do escore de Framingham, sendo este um instrumento que nos permite avaliar, segundo pontagem, o risco de cada paciente diabético, hipertenso e/ou com dislipidemia de desenvolver um evento cardiovascular em 10 anos e traçar uma estratégia de intervenção com o objetivo de diminuir este risco e a morbimortalidade por esta causa, mediante a adoção de um estilo de vida saudável e a adesão ao tratamento integral.

Palavras-chave: Eventos cardiovasculares. Escore de Framingham. Estilo de vida saudável.

## **ABSTRACT**

The present work came from an assessment of critical and non-critical issues denominated in the population of the neighborhood passion fruit in UBS Teotonio Vilela. Among the critics not the team selected the high-risk for cardiovascular descompensação of chronic diseases as the most important risk factor present in our area, taking into account the high prevalence of diseases that constitute real risk factors for developing cardiovascular events and the presence of an unhealthy lifestyle in the majority of inhabitants of the population. Determined to perform an estimate of cardiovascular risk by applying the Framingham score, a, which is an instrument that allows us to evaluate, according to score, the risk of each patient a diabetic, hypertensive and/or Dyslipidemia of developing a cardiovascular event in 10 years and draw an intervention strategy with the goal of reducing this risk and morbidity and mortality by cause by ad...

Keywords: cardiovascular events. Framingham score. Healthy lifestyle.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACS**-Agente Comunitário de Saúde

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**DM**-Diabetes Mellitus

**EBS** - Equipe Básica de Saúde

**HAS**-Hipertensão Arterial Sistêmica

**HDL** – Lipoproteína de Alta Densidade

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**SBC**-Sociedade Brasileira de Cardiologia

**SIAB** – Sistema informativo da Atenção Básica

**SUS**-Sistema Único de Saúde

**UBS**-Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>18</b>
<b>6PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>7CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município Teotônio Vilela fica na região centro-sul do estado de Alagoas, limitando-se ao norte com os municípios de Junqueiro e Campo Alegre, ao sul com Coruripe e ao oeste com municípios de São Sebastião e Junqueiro, inserido na mesorregião do leste alagoano na microrregião de São Miguel dos Campos. Está a uma altura de 256 metros acima do nível do mar. Em relação a outros pontos geográficos importantes, se situa na região de Mata, a 101 km da capital do estado, Maceió. Conta com uma área geográfica de 297.6 km<sup>2</sup>, apresentando um clima temperado. Possui uma população estimada (IBGE-2014) de 43.895 habitantes e densidade demográfica de 138.15 hab./km<sup>2</sup>. Sua economia está centrada na cana de açúcar.

Fundada em 1986, teve seu primeiro prefeito em 1988 e, atualmente, ocupa este cargo o senhor Pedro Henrique de Jesus Pereira. O município apresenta uma área total de 298.26 km<sup>2</sup>, com uma concentração habitacional de 36.174 residências urbanas e 6.623 rurais e um número aproximado de domicílios e famílias de 11.330. O índice de desenvolvimento humano é de 0.564. A renda média familiar é de R\$ 244.39. A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é 20.26%. A taxa de escolarização é de aproximadamente o 60% e o orçamento destinado á saúde é 17.811.827.64. O município conta com o Conselho Municipal de Saúde que realiza em média 12 reuniões ao ano.

### Quadro 1 - Aspectos Demográficos do município de Teotônio Vilela, 2014.

Nº de	-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-59	60e	Total
Individuos									
Área Urbana	50	2.264	3.378	3.774	3.990	10.971	6.148	2.759	33.334
Área Rural	33	679	879	1.086	1.200	3.170	1.751	998	9.796
Total	83	681.264	882.378	4.86	5.19	14.141	7.899	3.757	43.13

Fonte: SIAB

A equipe de saúde da UBS5 da cidade de Teotônio Vilela se encontra em o município Teotônio Vilela, Bairro Maracujá no Estado de alagoas, fundado no ano 2007. Nesta Unidade Básica de Saúde (UBS) trabalha uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermeira, uma cirurgiã dentista, uma

assistente de saúde bucal, sete agentes comunitários, uma arquivista e uma auxiliar geral.

A comunidade conta com 2.238 habitantes em idade produtiva que representam o 74,8% da população, mas dentro desse percentual uma parte trabalha fora do município, outra desempregada e, ainda, outra que realiza outros trabalhos ou estuda. As atividades que oferecem maior quantidade de empregos são a agricultura, pecuária, comércio, serviços e construção civil.

Tendo em conta que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Brasil (BRASIL, 2013) e a alta prevalência de pacientes afetados por esta doença na nossa área de abrangência, foi selecionado o problema “Alto risco cardiovascular por descompensação de doenças crônicas” como um nó crítico a ser enfrentado. Cabe destacar que, em nossa comunidade, entre as doenças que mais a afetam estão: a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e a síndrome metabólica. Dentre elas, a primeira é de maior prevalência e com uma tendência maior a aumentar tendo em conta a grande incidência da mesma já que cada ano seu número aumenta a uma velocidade maior que as demais doenças crônicas não transmissíveis. Ela constitui um importante fator de risco e desencadeante de muitas doenças agudas vasculares de grande influência na mortalidade no Brasil e no mundo, tais como o acidente vascular cerebral (AVC) e Cardiopatia isquêmica entre outras.

Existe na comunidade de nossa área de abrangência uma série de fatores político-econômicos e culturais que favorecem ou criam as condições para o estabelecimento das doenças cardiovasculares e estas, por sua vez, constituem fatores predisponentes para a ocorrência de eventos cardiovasculares agudos em um prazo variável e que influem na alta mortalidade existente no Brasil e no mundo. Nesse sentido, vemos como os estilos de vida não saudáveis – o sedentarismo, hábitos alimentares inadequados dados por as dietas ricas em gorduras de animais, excesso do consumo de açúcares refinados e consumo excessivo sal na dieta, o baixo nível cultural e educacional, assim como o analfabetismo ainda presente em um número importante da população entre outros –, são fatores que influem na aparição das doenças cardiovasculares. Esses fatores por sua vez, entre eles o baixo nível educacional, qualidade baixa da educação e ainda o analfabetismo e

muitas vezes a falta de informação trazem consigo a não compreensão por os pacientes da importância de mudar seu estilo de vida, assim como também a importância da adesão ao tratamento.

Não podemos deixar de considerar os principais fatores de risco que levam ao desenvolvimento de agravos como fatores genéticos, determinados hábitos de vida tais como o sedentarismo, tabagismo, uso de álcool, alimentação inadequada, em como fatores sócio-econômico-culturais que influenciam na incidência e prevalência de doenças com elevado risco cardiovascular. Ademais, a obesidade e a dislipidemia constituem fatores agravantes do risco cardiovascular. A sinergia de todos esses fatores pode levar a um aumento da morbimortalidade e suas consequências para a sociedade, afirma Rezende (2011).

O escore Framingham constitui uma valiosa ferramenta que nossa equipe considera de utilidade para interatuar com o paciente em relação aos conhecimentos de seus riscos e a probabilidade de apresentar um evento cardiovascular em 10 anos, o seja que o mesmo tenha conhecimento de sua doença e como prevenir complicações.

## 2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo. No Brasil as doenças cardiovasculares são responsáveis por o 40% da mortalidade, predominando a doença isquêmica sobre o acidente vascular cerebral nas regiões mais ricas e sendo todo o contrario nas regiões mais pobres (BRASIL, 2013). Existem fatores que predispõem a as pessoas a padecer uma doença cardiovascular, como a hipertensão arterial, tabagismo, diabetes e dislipidemia.

Com uma população de hipertensos e diabéticos elevada, os quais representam a maior porcentagem das doenças crônicas em nossa área de abrangência, e o estilo de vida não saudável da maioria dos seus integrantes, a equipe de saúde de nossa UBS identificou a existência do risco real em nossa população de apresentar um aumento significativo da mortalidade relacionada a estes fatores de risco identificados. Por esta razão, consideramos importante e decidimos estimar o risco absoluto em dez anos mediante a aplicação do escore de Framingham, já que se trata de um instrumento de fácil aplicação na prática médica, com um mínimo de recursos e de forma individualizada a cada paciente.

Nesse sentido, buscaremos encaminhar ações preventivas dirigidas principalmente a lograr mudanças para um estilo de vida saudável e conseguir a adesão consciente, dos pacientes com risco identificado, ao tratamento para o controle da sua doença crônica.

### **3OBJETIVOS**

#### **Geral:**

Propor um plano de intervenção voltado à prevenção dos riscos de evento cardiovascular na população da UBS do bairro Maracujá, no município de Teotônio Vilela.

#### **Específico:**

- Avaliar o risco de evento cardiovascular junto à população adstrita por meio da calculadora de Framingham,
- Desenvolver ações preventivas junto à população de risco, voltadas a mudanças no seu estilo de vida.

#### **4METODOLOGIA**

Para a realização do estudo se utilizaram fonte tais como Descritores em saúde, para definir palavras chaves (e Key words); Planejamento Estratégico Situacional, para determinar o planejamento prioritário, os nos críticos e as ações; Biblioteca Virtual em Saúde e outras fontes de busca para revisão bibliográfica, etc. O estudo realizado levou em conta a informação obtida nos prontuários, a informação registrada por nossos agentes comunitários de saúde e também a obtida no SIAB.A amostra foi constituída por 528 pacientes, deles, 374 hipertensos, 93 diabéticos, 61 dislipidêmicos, 42 com sobrepeso e 18 tabagistas para um total de 588 pacientes, chamando nossa atenção, principalmente, em fatores que consideramos como as variáveis necessárias para uma melhor avaliação e que foram: hiperlipidemia (colesterol total, triglicérides, HDL), o nível da pressão sistólica, obesidade central (cintura) e o tabagismo (ver anexos), embora reconheça que existe um sub-registro desta ultima. Excluem-se do estudo as grávidas, cuja condição impede a aplicação do teste e os pacientes que ficam longo tempo (mais de 9 meses) fora de nossa área de abrangência. Mediante a aplicação do escore de Framingham temos a possibilidade e esperamos estimar o risco absoluto de sofrer um evento cardiovascular em dez anos e encaminhar ações preventivas na população, entre outras o acompanhamento por a equipe e o especializado com periodicidade relacionada com a classificação do risco (alto, médio e baixo) segundo o pontagem (ver anexo C e D).

A partir do processo de planejamento estratégico situacional desenvolvido na UBS, com a equipe de saúde, primeiro realizamos uma estimativa rápida encaminhada a determinar quais são os principais problemas de saúde presentes na população da nossa área de abrangência. Desse jeito foi possível identificar os problemas mais relevantes a serem enfrentados coletivamente. Uma vez identificados ditos problemas se procedeu à revisão da literatura selecionada e após a análise da informação coletada e a literatura, realizou-se uma análise por parte da equipe, onde cada integrante expressou suas considerações e sugestões referentes aos principais problemas identificados e as possíveis intervenções para o enfrentamento dos mesmos.

Os problemas mais relevantes identificados e a serem enfrentados pela equipe foram:

Problema 1: Alto risco cardiovascular por descompensação de doenças crônicas.

Problema 2: Embarço na adolescência.

Problema 3: Incidência do parasitismo intestinal.

### **Caracterização do problema:**

Entre as doenças que mais afetam a nossa comunidade estão: a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e a síndrome metabólica, sendo a primeira a de maior prevalência e com uma tendência maior a aumentar tendo em conta a grande incidência da mesma já que cada ano seu numero aumenta a uma velocidade maior que o reto das doenças crônicas não transmissíveis. Ela constitui um importante fator de risco e desencadeante de muitas doenças agudas vasculares de grande influencia na mortalidade no Brasil e no mundo, tais como ACV e Cardiopatia isquêmica entre outras.

### **Quadro 1 Descritores do risco cardiovascular. UBS Bairro Maracujá, Teotônio Vilela/ AL. 2014.**

<b>Descritores</b>	<b>Dados</b>	<b>Fontes</b>
Hipertensos cadastrados	368	SIAB
Hipertensos confirmados	374	Prontuários
Pressão sistólica (140 o u más)	332	Prontuários
Diabéticos cadastrados	91	SIAB
Diabéticos confirmados	93	Prontuários
Dislipidemia	61	Prontuários
Sobrepeso	42	Prontuários
Tabagistas	18	Prontuários

Fonte: SIAB. Prontuários.

### **Explicação do problema:**

A existência de fatores condicionantes para o surgimento das doenças cardiovasculares na nossa população, tanto desde o ponto de vista económico



quanto político e também cultural e o fato de que estes fatores identificados, dados principalmente por um estilo de vida não saudável (sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, alcoolismo), nível educacional baixo e analfabetismo, assim como a alta incidência e prevalência de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia predispõem ao indivíduo para sofrer eventos cardiovasculares agudos fatais em um prazo variável. Esta situação coloca a nossa população em risco importante de sofrer estes eventos e precisa de ações encaminhadas à redução deste risco mediante mudanças do estilo de vida a um estilo de vida saudável e logrando a adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos e hipertensos.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A perda de peso, a ingestão reduzida de álcool e sódio e atividade física regular são adaptações efetivas do estilo de vida para reduzir a pressão arterial, além de uma dieta rica em frutas e vegetais (SMELTZER e BARE, 2002).

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, status socioeconômica, a obesidade, etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais muito colaboram para os avanços na epidemiologia cardiovascular, com seguimento nas medidas preventivas e terapêuticas dos índices pressóricos que abarcam os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (ZAITUNE est.al 2006, p 285).

De acordo com autor (2006), as complicações da Diabetes Mellitus se dividem em microvasculares, aquelas que causam danos aos pequenos vasos sanguíneos, como aquelas que acometem os olhos, rins e nervos, dentro delas as mais importantes: retinopatia diabética, principal causa de glaucoma e da catarata, a neuropatia diabética que é a principal causa de Insuficiência renal crônica e a neuropatia diabética. Já, as complicações macro vasculares incluem as doenças cardíacas e o fluxo insuficiente de sangue para as extremidades do corpo, principalmente pernas. Arteriosclerose, doença arterial periférica, doença carotídea, doença arterial coronária, que normalmente se manifesta através de episódios de angina ou infarto do miocárdio (BRASIL, 2006).

Em relação à síndrome metabólica, cabe destacar que é um fator de risco cardiovascular, caracterizada pela associação de hipertensão arterial sistêmica, obesidade abdominal, tolerância à glicose prejudicada, hipertrigliceridemia e baixas concentrações sanguíneas de Lipoproteína de Alta Densidade (HDL) - colesterol, além dos estados pró-trombótico e pró-inflamatório observados. Algumas modificações no estilo de vida contribuem para um melhor controle da doença, prevenindo suas complicações e aumentando a qualidade de vida (SANTOS 2006).

A doença cardiovascular é responsável por até 80% das mortes em indivíduos com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. O risco relativo de morte por eventos cardiovasculares em pacientes diabéticos é três vezes maior do que o da população em geral (D'AGORD, HARZHEIM, 2004).

Neste contexto, destaca-se como vital importância a prevenção em saúde, como principal estratégia na detecção e redução de fatores de risco presentes na população, como também, a atuação das equipes de saúde comunitária em face de sua posição privilegiada pelo contato direto com as comunidades. Tal atuação favorece a possibilidade de interagir diretamente sobre ditos fatores, mediante ações que permitam conscientizar à população sobre a influência negativa dos mesmos na sua qualidade de vida, além das consequências fatais a que se expõem. Desse modo, sensibilizar, mediante uma adequada prática pedagógica, que permita uma educação continuada efetiva e proporcionar a participação dos integrantes da comunidade nas ações de promoção de estilos de vida saudáveis.

No Brasil, um alto índice de óbitos é causado por doenças crônicas resultado do envelhecimento populacional. Mudanças como alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida, permitem que aspirem a uma vida mais longa, com menores limitações, incapacidades e dependências, próprias do envelhecimento (SOUZA, 2006).

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A prioridade da nossa intervenção está encaminhada sobre o risco cardiovascular aumentado nos integrantes da população da nossa área de abrangência. Após o análise dos dados obtidos nas diferentes fontes utilizadas, se procedeu à identificação dos problemas “nós críticos” e em conjunto, a equipe criou um plano de intervenção com o objetivo de atuar sobre ditos fatores e modificar estilos de vida que permitam a redução da morbimortalidade por doença cardiovascular. Os problemas “nós críticos” identificados pela equipe são:

Problema prioritário: Alto risco cardiovascular por descompensação de doenças crônicas

No crítico 1: Aplicação do teste de Framingham para avaliação do risco cardiovascular em dez anos.

.-No crítico 2: Proporcionar mudanças no estilo de vida da população com risco identificada.

No crítico 3: Avaliação periódica do comportamento do risco cardiovascular na população identificada.

As ações relativas a cada “nó crítico” serão detalhadas nos quadros 2 a 4.

**Quadro 2** – Operações sobre Estratégias para acompanhamento segundo a classificação ao problema: Risco cardiovascular por descompensação de doenças crônicas na população sob a responsabilidade da Equipe de Saúde do Bairro Maracujá, em Município Teotônio Vilela, Alagoas-2016.

<b>Nó crítico 1</b>	Aplicação do teste de Framingham para a avaliação do risco cardiovascular em dez anos.
<b>Operação</b>	Aplicar o teste de Framingham na população identificada.
<b>Projeto</b>	Cuide de seu coração
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares na população de risco.
<b>Produtos esperados</b>	Conscientização dos pacientes sobre a necessidade de realizar mudanças no estilo

	de vida e aderir ao tratamento.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico, enfermeira, ACS e líderes comunitários na coordenação e realização das ações.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Adequada organização e planejamento das consultas aos pacientes com risco identificado. Realizar a triagem com a qualidade necessária.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Informação e conscientização dos pacientes hipertensos, diabéticos e com estilo de vida inadequado sobre sua condição de risco e a necessidade de realizar mudanças a um estilo de vida saudável.
<b>Responsáveis:</b>	Equipe da UBS.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em 3 meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliação cada 3 meses pela equipe básica de saúde.

**Quadro 3** – Operações sobre Estratégias para acompanhamento segundo a classificação ao problema: Risco cardiovascular por descompensação de doenças crônicas na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde do bairro Maracujá, em Município Teotônio Vilela, Alagoas-2016.

<b>Nó crítico2</b>	Proporcionar mudanças no estilo de vida da população com risco identificada.
<b>Operação</b>	Modificar estilos de vida.
<b>Projeto</b>	Viver melhor.
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir a incidência e prevalência do sedentarismo, obesidade, tabagismo e alcoolismo, assim como os hábitos alimentares inadequados e conseguir a adesão ao tratamento dos pacientes com doenças relacionadas ao risco cardiovascular.
<b>Produtos esperados</b>	Programa de atividade física e capacitação dos pacientes no controle das suas doenças crônicas não transmissíveis.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de atenção básica.  Líderes comunitários.

<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Planejar a realização de atividade física (caminhadas, exercícios). Cognitivo: Capacitar aos pacientes com risco sobre as medidas necessárias para realizar mudanças no estilo de vida.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Orientação nutricional. Motivar e capacitar aos pacientes sobre a necessidade de realizar atividade física.
<b>Responsáveis:</b>	Médico e enfermeira na motivação e capacitação. Nutricionista do núcleo de apoio à saúde da família (NASF).
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em 3 meses. Término em um ano.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Equipe de atenção básica da UBS. Avaliação cada 3 e cada 6 meses segundo a classificação do risco.

Quadro 4 - Operações sobre Estratégias para acompanhamento segundo a classificação ao problema: Risco cardiovascular por descompensação de doenças crônicas na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do bairro Maracujá, em Município Teotônio Vilela, Alagoas-2016.

<b>Nó crítico<sup>3</sup></b>	Avaliação periódica do comportamento do risco cardiovascular na população identificada.
<b>Operação</b>	Aplicação evolutiva do teste de Framingham, periodicamente, segundo a classificação do risco.
<b>Projeto</b>	Cuidando da minha saúde.
<b>Resultados esperados</b>	Modificação e/ou atenuação dos fatores de risco identificados.
<b>Produtos esperados</b>	Conscientização dos pacientes. Modificação positiva do estilo de vida. Adesão ao tratamento integral (farmacológico e não farmacológico) de controle da sua doença crônica não transmissível.

<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Líderes comunitários.  Pacientes diabéticos, hipertensos e demais pacientes com riscos identificados.  Equipe básica de saúde (EBS).
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Planejamento e organização para a aplicação periódica do teste. Cognitivo: Informação sobre a realização periódica do teste.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Realização de palestras aos pacientes com risco identificado.  Capacitação dos integrantes da equipe sobre o teste de Framingham e sua utilidade.
<b>Responsáveis:</b>	Equipe básica de saúde (EBS).
<b>Cronograma / Prazo</b>	Trimestral e semestral segundo a categoria do risco.  Termina ao ano.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Equipe básica de saúde (EBS).  Acompanhamento a cada 3 e 6 meses dos pacientes com risco identificado.  Atividades educativas semanais.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O escore de Framingham permite apenas realizar uma estimativa de risco cardiovascular e não exclui a possibilidade de sofrer doença cardíaca ao paciente identificado com baixo risco.

A mudança no estilo de vida para um estilo de vida saudável é a principal medida para diminuir o risco de doença cardiovascular e melhorar a qualidade de vida da população.

Resulta de vital importância conseguir a adesão consciente de todo usuário com doença crônica ao tratamento farmacológico quanto ao não farmacológico, como medida efetiva para a diminuição das complicações e o risco de sofrer eventos fatais.

Toda equipe básica de saúde deve desenvolver e avaliar constantemente estratégias de aperfeiçoamento da sua prática pedagógica e deste jeito fazer mais efetiva a educação continuada da sua população.

Pela sua utilidade prática e a alta incidência e prevalência dos fatores de risco cardiovascular presentes na população brasileira e mundial, o escore de Framingham é susceptível de se aplicar em todas as UBS do País.

Consideramos o presente projeto de intervenção, uma importante ferramenta para identificar, avaliar e diminuir o risco cardiovascular e com isto a morbimortalidade por esta causa na nossa população.



## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR 14724. Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.ced.pucsp.br/conteudo/downloads/ABNT\\_2011.pdf](http://www.ced.pucsp.br/conteudo/downloads/ABNT_2011.pdf)>. Acesso em: 6 out.2012.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Brasília [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

BRASIL. Prevalência de Hipertensão Arterial e diabetes Mellitus.2011.Disponível em:<http://sms.sp,bvs.br/lildb/docsonline/get.php?id=1701>.Acesso em 10 de Setembro de 2014.

BRASIL.Hipertensão atinge 24,35 da população adulta 2013.Disponível em:<http://www.brasil.gov.br/saúde/2013/11/hipertensão-atinge-24-3-da-populacao-adulta>.Acesso em 10 de setembro de 2014.

BRASIL. Biblioteca virtual em saúde do ministério da saúde.[www.saúde.gov.br/bvs](http://www.saúde.gov.br/bvs)  
Biblioteca virtual em saúde do ministério de saúde<[WWW.úde.gov-br./bus](http://WWW.úde.gov-br./bus).Brasília.2010

D`AGORD, S.B. HARZHEIM, E. GUS, I. Perfil do risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. Ver Saúde Pública 2004; 38(4):529-36. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302011000200019&script](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302011000200019&script). Acesso em: dezembro 2014.

FREITAS, LRS de; GARCIA, L. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003, 2008. **Revista de Epidemiologia Serviço e Saúde**, Brasília, 21 (1): 7-19, Jan/Mar, 2012.

HARTMANN, M;DIAS-DA-COSTA, JS; OLINTO, MTA; PATTUSSI, MP; TRAMONTINI, Â. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, 23 (8): 1857-1866, Ago./2007.

<http://WWW.framinghamheartstudy.org/risk/index.html>.

[http://saude.umcomo.com.br/articulo/como\\_calcular-o-risco-de-framingham.2014](http://saude.umcomo.com.br/articulo/como_calcular-o-risco-de-framingham.2014)

MENDES, T de AB; GOLDBAUM, M; SEGRI, NJ;BARROS, MB de A; CESAR, CLG; CARANDINA, L ALVES, MCGP. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e pratica de controle dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(6): 1233-1243 jun./2011.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Diabetes Mellitus. Brasília.2006. (Caderno de Atenção Básica).

Ministério de Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Diabetes Mellitus. Brasília. 2010. (**Caderno de Atenção Básica**).

Ministério de Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Hipertensão Arterial. Brasília. 2010. (**Caderno de Atenção Básica**).

Ministério de Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Envelhecimento e saúde da pessoa Idosa. Brasília-2010. (**Caderno de Atenção Básica**).

Ministério de Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Prevenção Clínica de doenças Cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília-2010.(Caderno de Atenção Básica).

[http://portoana.condicones crônicas.gov.br](http://portoana.condicones.crônicas.gov.br).

Lotufo PA. Framingham, score for cardiovascular diseases.**Rev. Med.** (São Paulo).2008;87(4):232-7;out-dez;livros de Medicina

SANTOS, C,R. Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica.Rev. nutr;19(3):389-401, maio-jun. 2006 Disponível em : [www.scielo.br/pdf/rn/v19n3/30144.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n3/30144.pdf) Acesso em: maio, 2014

SMELTZER, S.C; BARE. B. G Histórico e tratamento do paciente com diabetes mellitus In: - Tratado de enfermagem médico -9 ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan , 2002 cap. 37.

SOUZA, M. S. L. **Orientações para apresentação e redação de projetos de pesquisa e trabalhos acadêmicos**. 4. Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

SOUZA, C, S. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial acompanhado por uma Equipe de Saúde da Família. **Rev. Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9\_Disponivel em: [www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a04v19n3](http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a04v19n3). Acesso em: outubro, 2014.

ZAITUNE MPA; BARROS M. B. A; CESAR CLG, CARANDIN AL; GOLDBAU M. M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados, e prática de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil CAD Saúde Pública. 2006.

ZATTAR, LC; BOING, AF; GIEHL, MWC; D'ORSI, E. Prevalência de fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(3): 507-521 mar/2013.

## ANEXOS

### Anexo A – Projeção do risco de doença Cardiovascular

<b>HOMEM</b>										
Idade	20-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
Pontos	-9	-4	0	3	6	8	10	11	12	13
<b>Colesterol</b>	<b>20-39</b>		<b>40-49</b>		<b>50-59</b>		<b>60-69</b>		<b>70-79</b>	
< 160	0		0		0		0		0	
160-199	4		3		2		1		0	
200-239	7		5		3		1		0	
240-279	9		6		4		2		1	
>280	11		8		5		3		1	
HDL					Pontos					
<35					2					
35 a 44					1					
45 a 49					0					
50 a 59					0					
>60					-2					
<b>PA sistólica</b>			<b>Não Tratada</b>				<b>Tratada</b>			
< 120			0				0			
120 – 129			0				1			
130 – 139			1				2			
140 – 159			1				2			
160 e mais			2				3			
<b>Tabagismo</b>	<b>20-39</b>		<b>40-49</b>		<b>50-59</b>		<b>60-69</b>		<b>70-79</b>	
Não Fumante	0		0		0		0		0	
Fumante	8		5		3		1		1	
<b>Medida da circunferência abdominal</b>	<b>circunferência (obesidade)</b>		<b>AUMENTADA</b>				<b>MUITO AUMENTADA</b>			

<b>exógena).</b> Indica predisposição ou não para problemas cardiovasculares	<b>&gt;94</b>	<b>&gt;102</b>
--	---------------	----------------

### Anexo Projeção do risco de doença Cardiovascular

MULHER											
Idade	20-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	
Pontos	-7	-3	0	3	6	8	10	12	14	16	
<b>Colesterol</b>	<b>20-39</b>		<b>40-49</b>		<b>50-59</b>		<b>60-69</b>		<b>70-79</b>		
<b>&lt; 160</b>	0		0		0		0		0		
<b>160-199</b>	4		3		2		1		1		
<b>200-239</b>	8		6		4		2		1		
<b>240-279</b>	11		8		5		3		2		
<b>&gt;280</b>	13		10		7		4		2		
<b>HDL</b>					<b>Pontos</b>						
<b>&lt;35</b>					2						
<b>35 a 44</b>					1						
<b>45 a 49</b>					0						
<b>50 a 59</b>					0						
<b>&gt;60</b>					-2						
<b>&lt; 120</b>			<b>Não Tratada</b>				<b>Tratada</b>				
<b>120 – 129</b>			0				0				
<b>130 – 139</b>			1				3				
<b>140 – 159</b>			2				4				
<b>PA sistólica</b>			3				5				
<b>160 e mais</b>			4				6				
<b>Tabagismo</b>	<b>20-39</b>		<b>40-49</b>		<b>50-59</b>		<b>60-69</b>		<b>70-79</b>		
<b>Não Fumante</b>	0		0		0		0		0		
<b>Fumante</b>	9		7		4		2		1		
<b>Medida da circunferência abdominal (obesidade exógena).</b> Indica predisposição ou não para problemas cardiovasculares.					<b>Aumentada</b>			<b>Muito aumentada</b>			
					<b>&gt;80cms.</b>			<b>&gt;88cms.</b>			

## ANEXO C

**Tabela para determinação de risco em 10 anos de doença arterial coronariana**

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos (%)	Total de pontos	Risco em 10 anos (%)
< 0	< 1	< 9	< 1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	≥ 25	≥ 30
≥ 17	≥ 30		

Ajustar o escore aos seguintes fatores:

- multiplicar pelo fator de correção 1.5 se existir um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;
- multiplicar pelo fator de correção 2 se existir mais de um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;
- multiplicar pelo fator de correção 1.4 se a pessoa tiver ascendência sul-asiática;
- multiplicar pelo fator de correção 1.3 para pessoas com IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.

FONTE score Framingham

AVALIAÇÃO

BAIXO < 10%

MÉDIO: 10-20 %

ALTO: 20%

**ANEXO D – Classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica.**

<b>CATEGORIA</b>	<b>Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos</b>	<b>Consulta Médica</b>	<b>Consulta de Enfermagem</b>	<b>Consulta Odontológica</b>
Baixo	<10%	Anual	Anual	Anual
Medio	10-20 %	Semestral	Semestral	Anual
Alto	20%	Trimestral	Trimestral	Anual

Fonte: DAB/SAS/MS

**Tabela E - Avaliação do risco individual segundo pontagem (alto, médio, baixo) e acompanhamento.**

Nome	ACS	Baixo		Medio		Alto			
		1erT	Ano	1ert	6meses	1ert	2dot	3erT	4toT
<b>RISCOS</b>	<b>Pontagem</b>								
<b>Idade</b>									
<b>Colesterol total</b>									
<b>HDL</b>									
<b>PA sistólica</b>									
<b>Diabetes</b>									
<b>Tabagismo</b>									
<b>Total</b>									

FONTE: prontuário do paciente