

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM HIPERTENSOS ATRAVÉS DO ESCORE DE FRAMINGHAM: UMA PROPOSTA DE INTERVEÇÃO

PROMOTION AND PREVENTION OF CARDIOVASCULAR RISK IN HYPERTENSE THROUGH FRAMINGHAM SCORE: A PROPOSAL FOR INTERVENTION

Beatriz Batista dos Santos¹

Kellyane Folha Gois Moreira²

RESUMO

As Doenças Cardiovasculares são as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, tendo a Hipertensão Arterial Sistêmica, o colesterol elevado, o tabagismo, os hábitos de vida diários, como as causas para o desenvolvimento das mesmas. Diante disto o presente projeto de intervenção elenca a avaliação da prevenção em 10 anos destas doenças, através do Escore de Framingham em pacientes Hipertensos, da cidade de Eliseu Martins Piauí. Para isso, serão desenvolvidas inicialmente atividades de capacitação dos profissionais, em seguida avaliação destes pacientes contemplando meios de capacitação de informações que auxiliam na classificação do risco e após isso desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde com atividades para melhora da saúde. Portanto, com o cuidado prestado aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, com a participação ativa dos envolvidos e juntamente com a integralidade e a longitudinalidade do cuidado é possível o aumento da qualidade e expectativa de vida, e com conseqüente melhora dos fatores que progridem para uma doença cardiovascular.

1

1 Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Amílcar Ferreira Sobral, Floriano; Pós-Graduada em Gestão em Saúde na UFPI, Campus Professora Cinobelina Elvas, Bom Jesus, Pós- Graduada em Saúde da Família e Comunidade na UFPI. E-mail para correspondências: bia_floriano2012@hotmail.com.

¹ Enfermeira, mestra em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Universitário Ministro Portela. Bairro Ininga. CEP:64.049-550, Teresina, Piauí. E-mail para correspondência: kelly_folha@hotmail.com.

Descritores: Hipertensão Arterial. Escore de Framingham. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Cardiovascular Diseases are the main causes of morbidity and mortality in Brazil and in the world, with Systemic Arterial Hypertension, high cholesterol, smoking, daily life habits, as the causes for their development. In view of this, the present intervention project lists the 10-year prevention assessment of these diseases, using the Framingham Score in Hypertensive patients, from the city of Eliseu Martins Piauí. To this end, training activities for professionals will be developed initially, followed by the assessment of these patients, with means of capturing information that helps in the classification of risk and, after that, develop health promotion and prevention actions with activities to improve health. Therefore, with the care provided to patients with Systemic Arterial Hypertension, with the active participation of those involved and together with the integrality and longitudinality of care, it is possible to increase the quality and life expectancy, and with consequent improvement of the factors that progress to a disease cardiovascular.

Descriptors: Hypertension. Framingham score. Health promotion.

1INTRODUÇÃO

O município de Eliseu Martins está situado no sul do estado do Piauí, conta com uma população estimada 4.665 pessoas de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fica a cerca de 494 km de distância da capital do estado do Piauí. Com uma população estimada para o ano de 2019 de 4.915 pessoas (IBGE, 2010). O município possui 02 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) e o Centro de Saúde I (CS-I), situados na zona urbana, composta por 02 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e possui também um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As Equipes multiprofissionais são compostas por diferentes profissionais: Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-Dentistas, Técnico em Saúde Bucal, Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família e uma estrutura física como rege a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). E os profissionais do NASF, são Nutricionista, Educador físico, Fisioterapeuta e Psicóloga com carga horária de 30 horas semanais.

O município contém duas equipes de ESF, sendo que a equipe 1 contém uma média de 669 hipertensos cadastrados, em sua maioria possuem idade maior ou igual a 50 anos, e as mulheres são as que contemplam a maioria da clientela cadastrada, em um total de 379, elas são as que mais procuram o serviço de saúde. Este número pode ser mais elevado, pois ainda existem pessoas com hipertensão arterial não cadastrada, além de possuir outras sem diagnóstico dessa doença crônica.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 20 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 2.5 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2010). Não foram encontrados dados referentes a outros tipos de internações hospitalares nos sistemas da Atenção Básica (AB) e os gestores não souberam informar; informaram apenas que as ocorrências se devem por casos de Diarreia, Hipertensão, Diabetes descompensada, Problemas respiratórios, dentre outros casos.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde pública, que afeta principalmente a população idosa. Dentre essas doenças tem-se a Hipertensão Arterial (HÁ) como uma das que afetam uma grande parcela dessa população, ameaçando a saúde e o desenvolvimento humanos, pois possui uma associação ao risco cardiovascular sofrido por todo esse público (SCHMID, *et. al.*, 2011).

A HA é uma doença crônica caracterizada por níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias, podendo ou não ser acompanhada de sinais e sintomas, tais como a cefaleia severa, sensação de mal estar, ansiedade, tontura, agitação, dor no peito, dentre outros, podendo estes acarretar em um problema cardiovascular (GUEDES, *et. al.*, 2005).

Essa elevação da pressão consiste na soma de fatores, tais como genética, idade, sexo, etnia, estresse, excesso de peso, sedentarismo, obesidade, tabagismos, etilismo e ingestão de sal. Esses fatores de riscos podem ser classificados como modificáveis e não modificáveis e auxiliam no diagnóstico da doença, além dos níveis pressóricos elevados e sustentados maior ou igual a 140 e/ou 90 mmHg (LIMA, *et. al.*, 2006).

A prevenção de complicações cardiovasculares é necessária para a população hipertensa. Para que isso ocorra é necessária à utilização de uma escala de avaliação, sendo o escore de Framingham o mais recomendado pela

Associação Brasileira de Cardiologia, onde ele baseia-se em variáveis clínicas e laboratoriais, avalia o risco cardiovascular em 10 anos e classifica o paciente em baixo, médio e alto nível (FERNANDES, *et.al.*, 2015).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Realizar atividades de promoção e prevenção para pacientes hipertensos com risco cardiovascular baseado no Escore de Framingham.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar usuários que por critérios clínicos, já apresentam risco cardiovascular elevado e que deverão receber intervenções de prevenção secundária;
- Informar sobre o risco absoluto de doença cardiovascular e sobre os benefícios e danos absolutos das intervenções em um período de 10 anos;
- Estimular o envolvimento ativo da pessoa para reduzir o seu risco cardiovascular.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Aspectos da Atenção Básica (AB) no Brasil

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como uma estratégia de organização do sistema de saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades, diminuindo as dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços, e tornando-se eficiente quanto à busca de melhores indicadores relacionados à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No Brasil, a APS foi elevada à condição de reordenadora do sistema de atenção à saúde, e a partir disso, fora adotada a designação Atenção Básica (AB), englobando não mais apenas um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social, mas, passou a ter, portanto, carácter reorientador, com

ofertas de serviços que envolvem práticas preventivas, curativas, reabilitadoras e relacionadas à promoção da saúde, no intuito de prestar um cuidado integral, articulado, longitudinal e acessível às necessidades individuais e coletivas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Quando se fala em AB, deve se levar em consideração que a mesma corresponde como a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) vigente no país, onde é possível a articulação e a ativação dos dispositivos de saúde na busca da resolubilidade das diversas iniquidades presentes. (MENDES, 2011).

A Atenção Básica (AB) pode ser considerada, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde - MS do Brasil nº 2.488/2011, como sendo: um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

Orientado pelos princípios tanto doutrinários (Universalidade, Equidade e Integralidade) como seus princípios organizativos (Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Participação Popular), esse sistema aponta para a ampliação das ações dos profissionais de saúde, tendo por finalidade de torná-los capazes de prestar uma assistência de qualidade a toda a população (PONTES; OLIVEIRA; GOMES, 2014).

Para tal ação é necessário estar qualificado com competência técnica e humana e de acordo com as diretrizes do sistema, promovendo vínculo com os usuários, garantindo a sua participação na tomada de decisões nos serviços de saúde. Todos os desafios exigem do profissional de saúde uma concordância com os princípios doutrinários e operacionais do sistema, além de meios que deem suporte a tais ações (PONTES; OLIVEIRA; GOMES, 2014).

3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma patologia multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial – PA (≥ 140 e/ou 90 mmHg). Está associada a alterações funcionais e/ou estruturais, tais como complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares, podendo

ser fatais. Diante disso ocorrem altos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes das complicações que a acompanham. (BRASIL, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública principalmente em decorrência do seu curso clínico lento, gradual e assintomático, que indicam prevalência ascendente e seu impacto nas populações será ainda mais danoso nos próximos anos. No Brasil, sua prevalência varia entre 22% e 44%, para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BARRETO, *et.al.*, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na AB. Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da PA reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (BRASIL, 2010).

Para diagnosticar a HAS deve verificar em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, e o valor deve ser igual ou maior a 140/90 mmHg, pois ela se dá através de níveis elevados e sustentados. Além de se considerar a nível tensional, devem-se verificar os fatores de riscos e lesão de órgão-alvo sendo esta última condição considerada uma emergência hipertensiva (LIMA, *et. al.*, 2006).

A classificação da PA é realizada de acordo com os níveis pressóricos classificados pela 7ª Diretriz Brasileira de HAS, sendo a PA normal menor ou igual a 120/80 mmHg; Pré-hipertensão entre 121-139 e/ou 81-89; hipertensão estágio I entre 140-159 e/ou 90-99 mmHg; hipertensão estágio II entre 160-179 e/ou 100-109mmHg; e hipertensão estágio III ≥ 180 e/ou 110 mmHg (BRASIL 2010).

As urgências e emergências hipertensivas estão associadas à cardiopatia hipertensivas, mas entre elas existe a diferença, pois na urgência ocorre o aumento da PA, porém com estabilidade clínica sem

comprometimento de órgão-alvo, podendo ser tratada com medicamentos via oral para redução em 24 a 48h; já na emergência, ocorre uma elevação crítica da PA, com quadro clínico grave, progredindo para lesão de órgão-alvo (encéfalo, pulmão, coração e rins) e risco de morte exigindo imediata diminuição com agentes aplicados por via parenteral (BRASIL 2001).

Os fatores de riscos para a HAS são a idade, sexo e etnia (maior entre mulheres e pessoas negras), excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos. Para o seu rastreamento é necessário, a cada 2 anos para adultos com PA menor ou igual a 120/80mmHg e anualmente para PA maior que 120/80mmHg. Devendo respeitar os parâmetros de dimensão do manguito para cada largura do braço, pois o manguito deve ser 40% da largura, entre o acrômio ao olecrano e, portanto o valor referente à Pressão Arterial Sistólica (PAS) se dá pela ausculta da fase I de korotkof e a Pressão Arterial Diastólica (PAD) na fase V de korotkof (BRASIL, 2001).

Segundo a 7ª diretriz Brasileira de HAS, é necessário para redução da PA e os riscos advindos por ela não só com a utilização de medicações, mas também com a modificação do estilo de vida, dessa forma segue abaixo o quadro apresentando as medidas que devem ser realizadas:

Quadro 1. Medidas a serem adotadas

Medidas	Redução aproximada	Recomendações
Controle de Peso	20-30% na redução da PA par cada 5% de perda de ponderal.	Manter IMC < 25 ate 65 anos; Manter IMC <27 após 65 anos; Manter CA <80 cm nas mulheres e <94 cm nos homens.
Padrão alimentar	Redução de 6,7/ 3,5 mmHg.	Adotar a dieta DASH
Restrição do consumo de sódio	Redução de 2 a 7 na PAS e de 1 a 3 na PAD com redução	Restringir o consumo diário para 2g, ou seja, 5g de cloreto de sódio.

	progressiva de 2,4 a 1,5 de sódio por dia respectivamente.	
Moderação do consumo de álcool	Redução de 3,31/ 2,04 com a redução de 3-6 e de 1-2 dose/dia.	*Limitar o consumo diário de álcool a 1 dose nas mulheres e pessoas de baixo peso e 2 doses em homens.
*1 dose= 14g de etanol e equivale a 350 ml de cerveja, 150ml de vinho e 45 ml de bebidas destiladas.		

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (sbc), Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia.

3.3 Doenças Cardiovasculares

Considerada a segunda causa de morte no Brasil, as doenças cardiovasculares (DVC) são um conjunto de problemas que atingem o coração e os vasos sanguíneos principalmente em pessoas acima de 50 anos, e também as que possuem pressão arterial e colesterol elevados e que faz uso do tabaco, portanto, esses fatores contribuem de forma significativa para o risco cardiovascular. (BRASIL, 2001)

Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013 (BRASIL, 2001).

As duas principais doenças cardiovasculares são o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE), que acometem pessoas que possuem fatores de riscos, em sua maioria modificáveis, mas por falta de acompanhamento e controle, progridem para a evolução dessas doenças. A HAS, dislipidemia, hábito de fumar e falta de exercícios físicos,

além dos fatores ambientais e a propensão genética, são fatores relacionados ao surgimento desses eventos (GALVÃO *et. al.*, 2013).

Para redução e prevenção dessas doenças, o conhecimento sobre os fatores de riscos e o seu desenvolvimento permite diagnósticos mais individualizados e precisos, abrangendo dados que facilitam a prevenção, detecção precoce e a evolução das doenças. Pode-se acrescentar que a atividade física, mudança nos hábitos alimentares e o uso das medicações, reduzem esse risco Cardiovascular que afeta essa parcela da população que possuem a HAS já instalada (GALVÃO *et. al.*, 2013).

Os fatores de risco para doença arterial coronariana incluem hábitos modificáveis, relacionados ao estilo de vida, como tabagismo, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, diabetes, uso abusivo de álcool e características não modificáveis, como idade, sexo e história familiar. Entre os fatores de risco modificáveis, a hipertensão arterial é considerada o mais importante para as doenças isquêmicas e para o acidente vascular cerebral. Em um estudo randomizado que avaliou 3.845 participantes, com média de idade de 83 anos, observou-se que a redução da pressão arterial de 161/84 mmHg para 144/78mmHg diminuiu em 30% o risco de acidente vascular cerebral e em 23% o risco de eventos cardiovasculares (PAULA, *et.al.*, 2013).

Portanto é através do conhecimento e acompanhamento individual e com a classificação de risco cardiovascular dos usuários hipertensos, que irá permitir o planejamento das ações realizadas pela ESF, com agendamento de consultas de médicas e de enfermagem para classificar o risco em baixo, médio e alto podendo seu acanhamento ser anual, semestral ou trimestral, além de promover o autocuidado e diminuir internações, óbito e o gastos públicos (JUNIOR, *et. al.*, 2016).

3.4 Escore de Framingham

O escore de Framingham foi desenvolvido por pesquisadores norte-americanos, para auxiliar na avaliação do risco cardiovascular (RCV), tanto em homens quanto em mulheres, no período de 10 anos. Através desse método, baseando-se em variáveis clínicas e laboratoriais e classificam o indivíduo em

baixo risco (<10%), médio risco (10-20%) e alto risco (>20%) (FERNANDES, *et. al.*, 2015).

Para que os pacientes participem da avaliação utilizando o escore de Framingham e seja apontada a porcentagem que classifica o risco, devem-se considerar as seguintes variáveis: idade, sexo, valor da pressão arterial, tratamento de hipertensão arterial, colesterol, fração de HDL e tabagismo. Deste modo a avaliação desses fatores ao mesmo tempo possibilita a identificar pacientes com a probabilidade de riscos e modular os esforços para a sua redução através de ações preventivas (FERNANDES, *et. al.*, 2015).

Quadro 2. Escore de Risco de Framingham

BAIXO RISCO/ INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO	
<p style="text-align: center;"> Tabagismo Hipertensão Obesidade Sedentarismo Sexo masculino História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65) Idade >65 anos </p>	<p>Acidente vascular cerebral (AVC) prévio</p> <p>Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio</p>	
	<p>Lesão periférica</p> <p>Lesão de órgão-alvo</p>	<p>Hipertrofia do ventrículo esquerdo</p> <p>Nefropatia</p> <p>Retinopatia</p> <p>Aneurisma de aorta abdominal</p> <p>Estenose de carótida sintomática</p>
	<p>Diabetes mellitus</p>	

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

O quadro 2 mostra o escore de risco de Framingham que é resultado de um grande estudo que avaliou variáveis importantes para a estimativa do RCV. Podendo ser classificado da seguinte forma: Apenas 1 fator de risco baixo/intermediário RCV, não precisa fazer o cálculo, classifica como baixo RCV; pessoa com apenas 1 fator de alto RCV, não precisa fazer o cálculo, classifica como alto RCV; e pessoa com mais de 1 fator de baixo/intermediário RCV, realiza o cálculo.

Quadro 3. Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo o gênero e a idade.

HOMENS		MULHERES	
Idade em anos	Pontuação	Idade em anos	Pontuação
20-34	-9	20-34	-7
35-39	-4	35-39	-3
40-44	0	40-44	0
45-49	3	45-49	3
50-54	6	50-54	6
55-59	8	55-59	8
60-64	10	60-64	10
65-69	11	65-69	12
70-74	12	70-74	14
75-79	13	75-79	16

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Quadro 4. Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero (homens), nível de colesterol total e idade

Homens					
Colesterol total (mg/dl)	Idade em anos 20-39	Idade em anos 40-49	Idade em anos 50-59	Idade em anos 60-69	Idade em anos 70-79
<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

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Quadro 5. Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero (mulheres), nível de colesterol total e idade

MULHERES					
Colesterol total (mg/dl)	Idade em anos 20-39	Idade em anos 40-49	Idade em anos 50-59	Idade em anos 60-69	Idade em anos 70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
>=280	13	10	7	4	2

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Quadro 6. Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero (homens), nível de tabagismo e idade

HOMENS					
	Idade em anos 20-39	Idade em anos 40-49	Idade em anos 50-59	Idade em anos 60-69	Idade em anos 70-79
Não fumantes	0	0	0	0	0
fumantes	8	5	3	1	1

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Quadro 7. Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero (mulheres), nível de tabagismo e idade

MULHERES					
	Idade em anos 20-39	Idade em anos 40-49	Idade em anos 50-59	Idade em anos 60-69	Idade em anos 70-79

Não fumantes	0	0	0	0	0
Fumantes	9	7	4	2	1

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Quadro 8. Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero (homens), nível de HDL colesterol e idade

HOMENS		MULHERES	
HDL (mg/dl)	Pontuação	HDL (mg/dl)	Pontuação
>=60	-1	>=60	-1
50-59	0	50-59	0
40-49	1	40-49	1
<40	2	<40	2

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Quadro 9. Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero (homens), nível de PA sistólica e idade

HOMENS			MULHERES		
PA sistólica	Pontuação se não tratada	Pontuação se tratada	PA sistólica	Pontuação se não tratada	Pontuação se tratada
>120	0	0	>120	0	0
120-129	0	1	120-129	1	3
130-139	1	2	130-139	2	4
140-159	1	2	140-159	3	5
>=160	2	3	>=160	4	6

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Após calcular o número de pontos acumulados dos fatores e risco e encontrar o escore total de risco, é necessário cruzar esse dado de modo a obter a projeção de risco em 10 anos (Quadro 10)

Quadro 10. Determinação de RCV em 10 anos de DAC

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Riscos em 10 anos	Total de pontos	Riscos 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	Risco em 10 anos: %	
Risco em 10 anos: %			

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Após a realização de toda estimativa e classificação em baixo, intermediário e alto risco, é necessário traçar as metas e definir uma linha de cuidados para os pacientes, de acordo com as características de que trata o escore de Framingham, levando em consideração os níveis pressóricos, perfil lipídico e mudanças no estilo de vida, pois esses são fatores modificáveis e contribuem para o aumento da expectativa de vida.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção foi realizado uma análise situacional da população atendida pelo serviço, as quais necessitavam de uma atenção especial, com o intuito de promover a saúde e aumentar a expectativa de vida. Com isso, foi visto que a população hipertensa do município de Eliseu Martins - PI necessita de uma intervenção mais determinante para desenvolver com maior relevância a classificação quanto aos riscos de patologias cardiovasculares secundárias e suas intensidades, e também para que medidas sejam adotadas para cada indivíduo.

Foram utilizados para a descrição do tema proposto e que o contemple, informações contidas em artigos no banco de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), e em manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, além de dados contido no IBGE. Os descritores pertinentes utilizados foram: Hipertensão Arterial, Escore de Framingham e Promoção da Saúde.

A partir da explicação dos temas que abordam a temática do risco cardiovascular e das características dos envolvidos, foi elaborado um projeto de intervenção com o intuito de sistematizar propostas de soluções para o enfrentamento do problema. Após explicar e apontar as causas do problema foi identificado os recursos disponíveis e profissionais envolvidos para a operacionalização do plano.

5 PLANO OPERATIVO

Quadro 11. Plano operativo

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEIS
Falta de informações transmitidas pelos profissionais sobre a HAS e seus riscos	Explorar a atenção à HAS na Unidade Básica de Saúde	Repassar informações a cerca da história natural da doença e como se	Palestra na sala de espera da UBS com entrega de panfletos explicativos sobre o	Enfermeiros Médicos ACS

		dá a realização do cuidado das pessoas. 01 mês	assunto e qual a assistência prestada para pessoas com PA limítrofe e HAS, no sentido de atender às suas necessidades de saúde.	
Falta de classificação do RCV e acompanhamento dos pacientes hipertensos	Habilitar os profissionais envolvidos, sobre o RCV apresentam a eles a escala do score de Framingham; Capacitar os profissionais para o acolhimento adequado aos pacientes hipertensos.	Classificar os pacientes de acordo com RCV. 02 meses	Avaliar o RCV aplicando a escala do score de Framingham.	Enfermeiros Médicos ACS
Falta de realização de exames de rotina	Solicitar exames sempre que necessário e de acordo com o protocolo	Após os resultados dos exames será possível classificar os usuários	Incentivar os profissionais para solicitar os exames de rotina que auxiliam no diagnóstico do RCV;	Médicos Enfermeiros

		com risco e realizar as devidas intervenções	Incentivar os usuários para realização dos exames.	
		04 meses		
Falta de ações que promovam a prevenção do RCV	Realizar ações de cunho educativo e preventivo para pacientes hipertensos com RCV	Diminuir o RCV através das ações educativas e preventivas	<p>Acolher o público alvo em reuniões programadas;</p> <p>Fazer busca ativa dos pacientes cadastrados na UBS que não comparecerem na reunião;</p> <p>Realizar palestra sobre o RCV;</p> <p>Expor os fatores que contribuem para as DCV;</p> <p>Realizar atividade física;</p> <p>Acompanhamento nutricional;</p> <p>Acompanhamento dos níveis pressóricos.</p>	<p>Enfermeiros</p> <p>Médico</p> <p>ACS</p> <p>Educador Físico</p> <p>Nutricionista</p>
		1 ano		

Fonte: próprio autor, 2020.

6 PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

O plano será gerido através de reuniões mensais com o coordenador do projeto e demais profissionais envolvidos, para verificar o seu desenvolvimento, se as metas traçadas estão sendo desenvolvidas, se o público alvo está sendo acompanhado, além de expor quais os benefícios que os pacientes em acompanhamento estão tendo.

Durante a reunião será realizado um relatório que contém todos os itens supracitados e no final apontar quais as metas que devem ser melhoradas e ou acrescentadas para melhor desenvolvimento do projeto, expondo a opinião de cada profissional de forma que contribua para melhor atender essa parcela da população.

Por conseguinte, será coletado depoimento dos pacientes durante reuniões em grupo, de forma trimestral, e utilizar desse meio para aumentar a adesão dos hipertensos que foram diagnosticados com RCV e não estão realizando as atividades necessárias para que aumente a expectativa de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse modo o enfrentamento da cronicidade da Hipertensão e doenças secundária que podem surgir, envolve a compreensão dos doentes e de forma que eles entendam sobre os riscos e ouçam as propostas dos profissionais sobre a percepção da saúde/doença, além do apoio que a equipe transmite para o paciente.

Através desse cuidado com os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e com a participação ativa dos envolvidos, juntamente com a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, aumenta a qualidade e expectativa de vida, e melhora os fatores que progridem para uma doença cardiovascular.

Pois os fatores individuais modificáveis para as doenças cardiovasculares são conhecidos já a algum tempo, deste modo recomenda-se a prevenção primária, com vista na modificação desses fatores de risco.

Portanto esse projeto auxilia os pacientes com HAS, que se caracteriza pela inexistência de cura e que possuem RCV, ao controle do colesterol, a diminuição e ou erradicação do uso do tabaco, o controle da PA, mudanças no hábito de vida e a realização de atividades física, fatores esses que aumenta o

risco e são fundamentais para que haja o controle da PA e aumento da expectativa de vida, além de um viver saudável com essa doença.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M, S; SILVA, R,L,D,T; WAIDMAN, M, A,P; MARCON,S,S. A trajetória das políticas públicas de saúde para hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Rev. APS**. v. 16; n. 4, p 460-468, 2013.

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

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, Seção 1, n. 204, p. 48, 24 out. 2011

FERNANDES, P,V; CASTRO, M, M; FUCHS, A; MACHADO, M,C,R; OLIVEIRA, F,D; SILVA, L, B; ROSA, L, F; AZEVEDO, V,M,P; GELLER, M; KAUMAN, R. Valor Preditivo do Escore de Framingham na Identificação de Alto Risco Cardiovascular. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**.v 1, n 1,p. 4-8, 2015.

GALVÃO, N., I. VILELA, R., F., J., T., J.; ORLANDI, B., M., M. FERRAZ, R, F.; COSTA, F, A., A.; FAGUNDES, D, J., Determinação do Risco Cardiovascular em População de *Check-up* Espontâneo através do Escore de Framingham **Rev Bras Cardiol**. v 26, n 5, p 356-63, 2013.

GUEDES, N., G.; COSTA, F., B., C.; MOREIRA, R., P.; MOREIRA, T., F, CHAVES, E., S., ARAUJO., T., L Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Rev Esc Enferm USP** v 39, n 2, p. 181-8, 2005

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. IBGE Cidades, 2020. Acesso em 05 /01/ 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/benedito-leite/panorama>.

JUNIOR, A P, D; TREVISOL,S; SEBOLD, F,,J,G; NAKASHIMA, L; TREVISOL, D, J. Avaliação do Risco Cardiovascular segundo os Critérios de Framingham em Adultos **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v 20, n 3, p 183-188, 2016

LIMA, V.; CAETANO, A. , J.; SOARES, E; SANTOS, Z., M., S. , A; Fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. V 19, n.3, p. 148-154, 2006

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 549, 2011.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, São Paulo, v. 66, n. esp., p. 158-64, 2013.

PAULA, E., A.; PAULA, R., B., COSTA, D., M., N., COLUGNATI, ., A, B. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.21 n.3 Ribeirão Preto, 2013.

PONTES; OLIVEIRA; GOMES. Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan.-fev.;v.22, n.1, p. 1-9, 2014.

SCHMIDT,I.,M.; DUCAN, B.,B.; SILVA, G., A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C., A.; BARRETO, S., M.; CHOR, D.; MENEZES, P., R. ; Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil 4**, 2011.

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.