

UNIVERSIDAD FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

IDALMIS DE LA CARIDAD PUERTO URQUIZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O ACOMPANHAMENTO DOS
PACIENTES COM RISCO CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DA EQUIPE 2
DE VILAS REUNIDAS NO MUNICÍPIO DE SABARÁ- MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS.

2016

IDALMIS DE LA CARIDAD PUERTO URQUIZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O ACOMPANHAMENTO DOS
PACIENTES COM RISCO CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DA EQUIPE 2
DE VILAS REUNIDAS NO MUNICÍPIO DE SABARÁ. MINAS GERAIS**

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: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2016

IDALMIS DE LA CARIDAD PUERTO URQUIZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O ACOMPANHAMENTO DOS
PACIENTES COM RISCO CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DA EQUIPE 2
DE VILAS REUNIDAS NO MUNICÍPIO DE SABARÁ- MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Ms. Anadías Trajano Camargos- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 29 de maio de 2016

AGRADECIMIENTOS

Ao meu filho, pela força que me dá para seguir adiante, pois a ele dedico tudo o que tenho e sou.

Ao meu esposo, pelo companheirismo, cumplicidade, compreensão e apoio em todos os momentos que precisei.

Aos meus pais (*in memoriam*), pois a eles devo tudo quanto sou hoje.

Aos colegas da equipe 2 e outros trabalhadores da UBS Vilas Reunidas, por sua ajuda neste projeto.

Agradeço a todos os profissionais do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que viabilizaram a pós-graduação em atenção básica.

RESUMO

Este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção para a redução da morbimortalidade dos pacientes com risco cardiovascular na população da Equipe 2 de Vilas Reunidas no município de Sabará. Para tal, foi desenvolvido um plano de ação baseado no Planejamento Estratégico Situacional que pretende garantir o acompanhamento dos pacientes com riscos cardiovasculares. Também realizou-se pesquisa bibliográfica na base de dados da SciELO, com os descritores: doenças cardiovasculares, risco, prevenção e educação. A realização do projeto será por meio de palestras educativas, na Unidade de Saúde. Propõe-se, ainda, capacitação dos agentes comunitários sobre este tema, para que realizem atividades educativas na área de abrangência. Trata-se de um projeto que surgiu de uma necessidade que a equipe de Saúde da Família reconheceu existir na sua comunidade, contando com a motivação dos agentes envolvidos e que acredita conseguir, assim, intervir na vida de pessoas que precisam desenvolver um estilo de vida saudável.

Palavras chave: Doenças cardiovasculares. Risco. Prevenção. Educação.

ABSTRACT

This study aimed to draw up a contingency plan for the reduction of morbidity and mortality of patients with cardiovascular risk in the population of the villages 2 team gathered in the municipality of Sabará. To this end, an action plan was developed based on the Situational strategic planning that aims to ensure the follow-up of the patients with cardiovascular risks. Bibliographical research was held also in the SciELO database, with the keywords: cardiovascular diseases, risk, prevention and education. The realization of the plan will be through educational lectures, health unit. It is proposed, yet, training of community agents on this topic, for carrying out educational activities in the area. This is a project that arose from a need that the family health team acknowledged to exist in your community, with the motivation of the agents involved and who believes getting thus intervene in the lives of people who need to develop a healthy lifestyle.

Key words: Cardiovascular diseases. Risk. Prevention. Education.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

PA	Pressão arterial
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CV	Doença Cardiovascular
DIC	Doença Isquêmica do Coração
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis.
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS	Secretário Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DA LITERATURA	17
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25
ANEXOS	27

1 INTRODUÇÃO

Sabará significa forma abreviada do termo tupi *tesberabusu*, que significa "grandes olhos brilhantes" (*tes*, olho + *berab*, brilhante + *usu*, grande), numa referência às pepitas de ouro que foram encontradas na região. A origem do nome é bastante controversa. O nome também tem a ver com as particularidades geográficas da juno de um rio menor com um rio maior, como ocorre no sítio em que a cidade foi criada, onde o ribeirão Sabará deságua no rio das Velhas. Isso é bem mais aceitável (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014).

O Município que faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte, está a 633 km ao sul da capital do país e a 18 km de distância da capital do estado. Localiza-se às margens do Rio das Velhas e faz limites ao Norte com Taquaraçu de Minas, a Leste com Caeté, ao Sul Raposos e Nova Lima e a Oeste Santa Luzia e Belo Horizonte. Seus 126.195 habitantes estão distribuídos em uma área de 304 km², 3177 habitantes moram em área rural, com uma concentrao habitacional de 417,7hab/km, o ndice de desenvolvimento humano de (IDH) de 0,773(alto). Atualmente a economia de Sabará baseia-se na indústria siderúrgica e no extrativismo mineral – minério de ferro e ouro, tendo a Companhia Siderúrgica Belgo Mineira com instalaoes na cidade. O turismo é outro setor da economia da bela Sabará, que atrai muitos visitantes e gera riquezas ao município de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

O município possui Núcleo de Apoio  saúde da família (NASF), Centro de Ateno Psicossocial (CAPS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Não existe um sistema de referencia eficiente, havendo considerável dificuldade para encaminhamentos a centros de especialidade. Para o atendimento secundário e terciário, o município participa de consorcio intermunicipal de saúde.

A Estratégia Saúde da Família onde atuo localiza-se em Vilas Reunidas que tem uma populao de mais de 32000 habitantes segundo o IBGE (2010). Uma das áreas mais carentes do município está aproximadamente a 9 km do centro de Sabará e existe muito trfico de drogas (maconha), com todas as consequências desse fato: violência e aumento do consumo de drogas, lcool. Hoje a populao empregada vive basicamente do trabalho fora, sobre tudo em Belo Horizonte, da

prestação de serviços e da economia informal. Observa-se, ainda, alto número de desempregados e subempregados. A causa de mortalidade mais frequente são as doenças cardiovasculares, seguidas do câncer.

A estrutura de saneamento básico na comunidade não está completa (87%), principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em região suburbana, em moradias de condições medianas. Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada, telefonia, luz elétrica (IBGE, 2014).

O analfabetismo não é elevado existindo, principalmente, entre os maiores de 50 anos de idade e a grande maioria das crianças menores de 14 anos está nas escolas. Na comunidade tem uma escola, uma creche, mais de duas igrejas (uma católica e uma evangélica) e uma mineradora perto.

No Bairro de Vilas Reunidas, o Posto de Saúde foi criado há 14 anos e está situado na Rua Tiradentes, nº 199. Suas condições de infraestrutura são boas, mas sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (32000 pessoas), com um acolhimento diário de mais de 150 pessoas, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) há certa agitação na unidade o que leva às reclamações dos usuários e insatisfação tanto deles quanto dos profissionais de saúde. Destaca-se, ainda, que não se tem cadeiras para todos e muitos usuários têm que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, por isso as equipes utilizam a cozinha.

Atualmente, o Posto conta com quatro equipes, sendo duas completas e duas em processo de formação. O núcleo odontológico se localiza em uma unidade distinta da nossa. O Posto tem 32 trabalhadores, dos quais quatro são médicos cubanos (clínico geral), uma médica clínica geral brasileira de apoio e uma vez por semana temos um pediatra e um ginecologista. Integram a equipe de saúde quatro enfermeiras, seis técnicas em enfermagem e outros profissionais.

O tempo da equipe está ocupado, em sua grande maioria, com as atividades de atendimento à demanda espontânea (75%) e a alguns programas como pré-natal,

puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) e acompanhamento e visita domiciliar asiladas.

A equipe de saúde da qual faço parte é a de número 2, com uma população de 8012 habitantes e 1622 famílias. A população maior de 15 anos é de 4403 habitantes, dos quais 1119 são hipertensos e destes 312 foram diagnosticados com cardiopatia isquêmica.

No ano passado, segundo o registro de falecimentos do Posto de Saúde, percebeu-se um elevado aumento de causas de mortes por doenças cardiovasculares. O número de pacientes que precisou de uso de medicamentos para o controle da pressão arterial também aumentou.

O diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da equipe 2 em Vilas Reunidas mostrou a alta incidência de doenças cardiovasculares. Foi feita uma reunião de equipe com os líderes formais como o presidente da Associação Comunitária, o presidente de ONGs da localidade, o pastor da igreja, o diretor da escola e líderes não formais como treinador do time de futebol e treinador de dança, com apresentação e discussão dos problemas identificados na área de trabalho, onde se concluiu que os principais problemas encontrados são (em ordem de prioridade usando uma escala de valores numéricos atendendo a sua gravidade, magnitude, resolutividade e capacidade de confronto) :

- Grande número de pacientes com risco cardiovascular portadores de doenças crônicas, frequentemente descontroladas (hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos) sem estratificação do risco cardiovascular.
- Dificuldades dos usuários em compreenderem a importância da prevenção, e do tratamento contínuo;
- A maior parte da agenda de trabalho é focada na demanda espontânea. Em nossa agenda de trabalho são apenas programadas as visitas domiciliares;
- Falta de profissionais.
- Grande número de usuários fumantes, alcoólatras;

- Pacientes com tratamento psiquiátrico sem acompanhamento adequado na área, alguns mostrando desejo de interromper os hábitos;
- O município ainda não conta com suporte medicamentoso e nem grupos operativos específicos.
- As quatro equipes funcionam no mesmo espaço físico, apesar de possuir infraestrutura adequada para os atendimentos, este fato contribui para a dificuldade da identificação correta dos pacientes de cada equipe.
- Dificuldade para encaminhamento de pacientes à atenção secundária, centros de apoio diagnóstico, bem como a dificuldade de acesso às consultas especializadas, diagnósticos e exames complementares.
- Hábitos de vida e estilos de vida inadequados (dieta, exercício, estresse)

A partir da reunião a equipe elegeu como o problema de maior urgência o risco cardiovascular em pacientes portadores de doenças crônicas, muitas vezes descontroladas (hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos).

Posteriormente, a equipe fez uma descrição do problema priorizado para se ter uma ideia do que ele representa em nossa comunidade. Foram analisados o número de pacientes com hipertensão arterial e outros estados da saúde que aumentam os riscos das doenças cardiovasculares como os pacientes diabéticos, as pessoas que não praticam atividade física, os fumantes, os pacientes com dislipidemias, o número de mortes pela mesma causa, todo isso usando dados de registro do posto médico e do município.

A equipe 2 da Vilas Reunidas possui uma área de abrangência grande sendo a população cadastrada composta por um grande número de adulto, os quais, em grande parte, fazem uso de medicação para controle de doenças crônicas. O levantamento da quantidade dessas pessoas que se encontram sem reavaliação, controle e exames periódicos encontra-se dificultado pela falta do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para cobertura da área, pois atualmente dispõe-se de três agentes enquanto existem várias micro áreas, bem como, a ausência de atualização do cadastro há quase um ano.

Durante a renovação de receitas foi possível a análise dos prontuários onde se identificou um número relativamente grande de pacientes em uso de medicação que não comparecem em consulta médica há um longo período. Percebe-se que muitas dessas pessoas que estão sem o devido acompanhamento médico não o procuram ou pela falta de informação quanto à importância do controle das doenças crônicas e suas consequências, ou mesmo pela assistência reduzida.

Assim, tornou-se de grande importância para todos das equipes de saúde, dos representantes da Comunidade a realização de uma proposta de intervenção para auxiliar no atendimento aos usuários com riscos cardiovasculares.

2 JUSTIFICATIVA

A importância do projeto de intervenção justifica-se, pois, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbito no país, representando 30,87% dos óbitos em todas as regiões do país, seguidas pelas neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. Em Minas Gerais, as afecções do aparelho circulatório foram responsáveis por 30,65% dos óbitos, superando todas as outras causas, conforme constatado no SIM do Ministério da Saúde (BRASIL,2010).

Identificamos na área de abrangência da equipe 2, da Vilas Reunidas um grande número de pacientes com risco cardiovascular e aliado a este fato, há a ausência de uma agenda de atendimento para esses pacientes na Unidade Básica de Saúde (UBS).

O risco cardiovascular na área de abrangência da equipe foi escolhido como problema mais prioritário devido à importância de um bom manejo das condições crônicas que mal controladas gerarão novos sintomas e complicações com o passar de tempo, agravando o quadro clínico do paciente (MENDES, 2012).

Vimos, também, que esse problema se encontra dentro da nossa capacidade de enfrentamento (CAMPOS; FARIAS E SANTOS, 2010), uma vez que depende de mudanças do processo de trabalho da equipe e dos próprios usuários em relação à qualidade de vida.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o acompanhamento dos pacientes com risco cardiovascular na população da equipe 2 de Vilas Reunidas no município de Sabará.

4 METODOLOGÍA

A proposta de intervenção se baseou primeiramente no diagnóstico situacional feito na área de abrangência da Equipe 2 das Vilas reunidas onde, dentre os problemas levantados, foi priorizado um deles em reunião da equipe com representantes de vários setores da comunidade.

Após, portanto, discussões e com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES) segundo Campos, Faria e Santos (2010), foram levantados os “nós críticos” para preparação do plano operativo onde estão apresentados a possível solução do problema, resultados e produtos esperados, recursos necessários e respectivos responsáveis, dentre outras ações.

Para elaboração do plano fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Scientific *Eletronic Library OnLine* (SciELO), com os descritores: hipertensão, doenças cardiovasculares, riscos e Atenção primária de saúde, além de Programas do Ministério da Saúde

5 REVISÃO DA LITERATURA

No final do século XX, as grandes transformações ocorridas no campo da política, da economia e na sociedade contribuíram para um processo de mudanças demográficas e epidemiológicas no mundo e no Brasil. Tais mudanças tiveram como principais implicações o aumento da expectativa de vida da população, alterações nos estilos de vida e nos hábitos alimentares. Houve mudanças do padrão de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em idades jovens para elevada mortalidade em idades mais avançadas, provocada por causas externas ou Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre doenças cardiovasculares são de que se trata, na atualidade, da maior causa de óbitos e incapacitação de pessoas em todo o mundo e com tendência de aumento para 2030 (CHAVES *et al.*, 2015).

Portanto, as doenças cardiovasculares continuam sendo um importante problema global. Volta-se a afirmar que o ritmo rápido de transformação econômica e social em um mundo pós-industrial, com a rápida globalização, apresenta maior desafio para países de baixa e média renda do que para países de economias de altos rendimentos. Diferentes regiões do mundo enfrentam diferentes estágios desta epidemia. Uma redução da carga da doença seria, da mesma forma, uma exigência tanto das políticas regionais como mudanças pessoais (BRAUMWALD; ZIPES, 2006).

Em longo prazo, a implementação de estratégias de prevenção de baixo custo provavelmente vai ser mais rentável do que dedicar recursos ao alto custo de gerenciamento das doenças cardiovasculares propriamente ditas. Por meio de investimentos e ampliação das bases do conhecimento do tratamento e estratégias de prevenção das doenças cardiovasculares, as estratégias preventivas poderão alterar o curso natural da transição epidemiológica em todas as partes do mundo, reduzindo, assim, a incidência dessas doenças (BRAUMWALD; ZIPES, 2006).

Para Serrano Jr, Timerman e Stefanini (2009), pesquisas atuais realizadas no Brasil mostram que a principal causa de óbito (cerca de 30% do total) é representada pelo conjunto de doenças do aparelho circulatório. Dentre essas causas destacam-se o

acidente vascular cerebral (AVC) e as diversas formas clínicas de doenças isquêmicas do coração ou aterotrombóticas coronárias (infarto agudo de miocárdio, angina de peito, cardiomiopatias isquêmicas).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.14) ao se fazer o diagnóstico da hipertensão, deve-se levar em conta:

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS.

Outro destaque relativo na avaliação do paciente hipertenso diz respeito à avaliação de risco cardiovascular. Para o Ministério da Saúde, é imprescindível para orientação e escolha terapêutica e o prognóstico de cada paciente. “Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo... A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada pelo cálculo do escore de Framingham” (BRASIL, 2006, p. 22).

O uso de protocolos é também recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) devido à melhor qualidade da assistência, tendo em vista que eles possibilitam se chegar em diagnósticos mais precisos e tratamentos mais adequados.

Santos Filho e Martinez (2002) também destacam que a estratificação do risco e o controle dos fatores predisponentes são medidas preventivas de doenças cardiovasculares. Dessa forma, o controle da pressão arterial, do colesterol e do tabagismo, a prevenção e o tratamento nos casos de obesidade e do Diabetes são de suma importância.

Também é de fundamental importância, ao se avaliar a pessoa hipertensa, fazer a avaliação de risco cardiovascular, uma vez que só a HAS “é responsável por pelo

menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doenças arteriais coronárias”. A HAS em “combinação com o diabetes representa 62,1% do diagnóstico primário” de pessoas submetidas à diálise. Esses conhecimentos e avaliações são imprescindíveis para orientação e escolha terapêutica de cada paciente (BRASIL, 2006).

Nessa linha de recomendações as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) valorizam a estratificação de risco baseada no reconhecimento dos fatores de risco cardiovasculares, em fatores adicionais para HAS, na identificação de lesões em órgãos –alvo e lesões subclínicas desses órgãos.

A avaliação de risco e a prevenção primária são fundamentais para um grande número de pessoas que estão em alto risco para adquirir a doença cardiovascular. Em vista da carência de recursos e da descoberta de estratégias de baixo custo a prevenção é uma prioridade. Com isso, as intervenções são consideradas como principal estratégia de prevenção das doenças cardiovasculares (BRAUMWALD; ZIPES, 2006)

Incluem-se nas ações preventivas e terapêuticas orientações quanto à realização de atividades físicas, dieta saudável, controle do peso e abandono do tabagismo. Estas ações são consideradas de baixa intensidade. As ações de intensidade moderada iniciam-se com a ativação de hábitos de vida saudáveis e avaliação do uso de medidas farmacológicas para interrupção do tabagismo. Estas medidas são destinadas, sobretudo, às pessoas de maior risco (BRASIL, 2006)

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este projeto de intervenção se fundamentou em alguns passos do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrições do problema prioritário

Grande número de pacientes com risco cardiovascular com acompanhamento inadequado pela equipe 2 da UBS Vilas Reunidas.

6.2 Seleções dos nós críticos.

Os “nós críticos” identificados ao problema de risco cardiovascular são:

- 1- Falta de capacitação dos profissionais da saúde.
- 2- Falta da classificação de grupos de risco de acordo com escore de Framingham.
- 3- Não utilização dos protocolos clínicos para o tratamento e controle das DCNT.

6.3 Plano de intervenção para melhorar o acompanhamento dos pacientes com risco cardiovascular

O plano será apresentado em três quadros de acordo com cada nó crítico identificado para o problema de riscos cardiovasculares.

No quadro 1 temos o nó crítico “Falta de capacitação dos profissionais da saúde”, com os respectivos projetos, atividades, resultados esperados e responsáveis.

Quadro 1 - Plano de intervenção para melhorar o acompanhamento dos pacientes com risco cardiovascular na população da equipe 2 de vilas reunidas no município de Sabará, Minas Gerais, 2015. Nó crítico 1: Falta de capacitação dos profissionais da saúde.

Problema selecionado	Grande número de pacientes com risco cardiovascular com acompanhamento inadequado pela equipe 2 da UBS Vilas Reunidas.
Nó crítico 1	Falta de capacitação dos profissionais da saúde.
Projeto	<i>Educando-se com foco em risco cardiovascular</i>
Produtos esperados	Equipe de saúde mais conhecedora dos riscos cardiovasculares que abrangem os usuários; mais conhecimento a respeito de humanização do atendimento.
Atividades	1- Revisão bibliográfica de risco cardiovascular e humanização. 2- Discussão de caso de paciente com risco cardiovascular na reunião da equipe de saúde. 3- Preparação individual de cada membro da equipe do tema.
Recursos necessários	Educacionais: Literatura impressa e online. Infraestrutura: Sala de reunião do posto de saúde.
Recursos críticos	Materiais: Literatura impressa.
Participantes e responsáveis	Equipe de saúde da família.
Prazos	Atividade 1- Curto Prazo. Atividade 2- Curto Prazo. Atividade 3- Curto Prazo.
Acompanhamento e avaliação	Atividade 1- Permanente. Atividade 2- Permanente. Atividade 3- Permanente.

No Quadro 2 apresentamos as atividades relacionados ao nó crítico “Falta da classificação de grupos de risco de acordo com escore de Framingham.

Quadro 2 - Plano de intervenção para melhorar o acompanhamento dos pacientes com risco cardiovascular na população da equipe 2 de vilas reunidas no município de Sabará, Minas Gerais, 2015. Nó crítico 2: Falta da classificação de grupos de risco de acordo com escore de Framingham.

Problema selecionado	Grande número de pacientes com risco cardiovascular com acompanhamento inadequado pela equipe 2 da UBS Vilas Reunidas.
Nó crítico 2	<i>Falta da classificação de grupos de risco de acordo com escore de Framingham.</i>
Projeto	<i>Aprendendo a classificar com base em Framingham</i>
Produtos esperados	Profissionais com maior nível de conhecimento acerca de risco cardiovascular. Incorporação do escore de Framingham na avaliação do risco cardiovascular de cada paciente. Estabelecimento de um prognóstico do risco cardiovascular nos pacientes atendidos pela equipe 2.
Atividades	1- Revisão bibliográfica de risco cardiovascular. 2- Revisão bibliográfica sobre o escore de Framingham e sua aplicação no atendimento ao paciente 3- Discussão de caso de paciente com risco cardiovascular. Na reunião da equipe de saúde. 4- Preparação individual de cada membro da equipe do tema.
Recursos necessários	Educacionais: Literatura impressa e online. Infraestrutura: Sala de reunião do posto de saúde.
Recursos críticos	Materiais: Literatura impressa.
Participantes e responsáveis	Equipe de saúde da família. Médicos
Prazos	Atividade 1- Curto Prazo. Atividade 2- Curto Prazo. Atividade 3- Curto Prazo.
Acompanhamento e avaliação	Atividade 1- Permanente. Atividade 2- Permanente. Atividade 3- Permanente.

No próximo quadro estão discriminados os produtos esperados, responsáveis, projetos e prazos para ao nó crítico de número três.

Quadro 3 - Plano de intervenção para melhorar o acompanhamento dos pacientes com risco cardiovascular na população da equipe 2 de vilas reunidas no município de Sabará, Minas Gerais, 2015. Nó crítico 3: Não utilização dos protocolos clínicos

Problema selecionado	Grande número de pacientes com risco cardiovascular com acompanhamento inadequado pela equipe 2 da UBS Vilas Reunidas.
Nó crítico 3	Não utilização dos protocolos clínicos
Projeto	<i>Protocolos clínicos em ação</i>
Produtos esperados	Protocolos clínicos implantados com padronização das consultas, garantia do atendimento de qualidade á população. Melhor controle das DCNT. Redução do risco cardiovascular nos pacientes atendidos pela equipe 2.
Atividades	1- Revisão bibliográfica de protocolos ligados ao risco cardiovascular. 2- Estudo das linhas guias Hipertensão arterial, Diabetes, Saúde do adulto como referencias. 3- Preparação individual de cada membro da equipe do tema.
Recursos necessários	Educacionais: Literatura impressa e online. (Cadernos de atenção) Infraestrutura: Sala de reunião do posto de saúde.
Recursos críticos	Materiais: Literatura impressa.
Participantes e responsáveis	Equipe de saúde da família.
Prazos	Atividade 1- Curto Prazo. Atividade 2- Curto Prazo. Atividade 3- Curto Prazo.
Acompanhamento e avaliação	Atividade 1- Permanente. Atividade 2- Permanente. Atividade 3- Permanente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na elaboração do projeto de intervenção para melhorar o acompanhamento dos pacientes com risco cardiovascular, a equipe de saúde percebeu a relevância que tem nos resultados de cuidado e tratamento, quando capacitamos os profissionais, ao estratificar o risco cardiovascular dos pacientes e quando utilizamos os protocolos clínicos estabelecidos.

Pode-se intervir de forma correta e sistematizada para reduzir o número de internações por complicações cardiovasculares bem como a morbimortalidade causada pelas mesmas, interferindo na qualidade de vida desses pacientes.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica n. 15). 2006

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica n. 35). 2014.

BRAUMWALD; ZIPES, 2006. D.P. B. **Tratado de doenças cardiovasculares**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação de Saúde**. 2. Ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2010

CHAVES, Graciela *et al.* Educação para um Estilo de Vida Saudável Melhora Sintomas e Fatores de Risco Cardiovasculares – Estudo Asu Riesgo. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v.104, n.5 , p. 347-355, 2015

COSTA J. M. B.S; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E.F. Avaliação da implantação da atenção á Hipertensão Arterial pelas equipes da família do município de Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva** v.16, n. 2.p. 623-633, 2011.

SANTOS FILHO, R.D.; MARTINEZ, T.L.R. Fatores de risco para doenças cardiovasculares : Velhos e novos fatores de risco, Velhos problemas **Arq Bras Endocrinol Metab.** v.46, n.3, p. 212-214, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOEGRAFIA E ESTADISICA-IBGE. **Ibgecidades**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil>.

MENDES, E.V.**O cuidado das condições crônicas na atenção primaria `a saúde**: o imperative da consolidação da strategic da saúde da familia, Brasília: Organização Pan-americana de saúde, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, Sabará. Disponível em: www.sabara.mg.gov.br/ 2014

SERRANO JR., C.V.; TIMERMAN, A.; STEFANNI, E.; Sociedade de cardiologia do estado de São Paulo. **Tratado de Cardiologia** SOCESP. 2.ed. São Paulo SOCESP: Manole,2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras Cardiol.** v. 95 (1 supl. 1): p. 1-51, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1. Escore de Framingham revisado para mulheres

Idade	pontos	LDL COLESTEROL		HDL COLESTEROL		Diabetes	Pontos	Tabagista	Pontos	Sistólica	Diastólica					Total Pontos	Risco ECV 10 anos
Anos		Mg/dl	Pontos	Mg/dl	Pontos						Não	0	Sim	2	< 80		
30-34	- 9	< 100	- 2	< 35	5					< 120	- 3	0	0	2	3	<=-2	1%
35-39	- 4	100-129	0	35-44	2					120-129	0	0	0	2	3	-1	2%
40-44	0	130-159	0	45-49	1					130-139	0	0	0	2	3	0	2%
45-49	3	160-169	2	50-59	0					140-159	2	2	2	2	3	1	2%
50-54	6	>=190	2	>=60	- 2					>=160	3	3	3	3	3	2	3%
55-59	7					Não	0	Não	0							3	3%
60-64	8					Sim	4	Sim	2							4	4%
65-69	8															5	5%
70-74	8															6	6%
																7	7%
																8	8%
																9	9%
																10	11%
																11	13%
																12	15%
																13	17%
																14	20%
																15	24%
																16	27%
																>=17	>=32 %

FONTE: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012.

ANEXO 2. Escore de Framingham revisada para homens.

Idade	pontos	LDL COLESTEROL		HDL COLESTEROL		Total Pontos	Risco ECV 10 anos
Anos		Mg/dl	Pontos	Mg/dl	Pontos		
30-34	-1	< 100	-3	< 35	2	<=-3	1%
35-39	0	100-129	0	35-44	1	-2	2%
40-44	1	130-159	0	45-49	0	-1	2%
45-49	2	160-169	1	50-59	0	0	3%
50-54	3	>=190	2	>=60	-1	1	4%
55-59	4					2	4%
60-64	5					3	6%
65-69	6					4	7%
70-74	7					5	9%

Diabetes		Tabagista	
	Pontos		Pontos
Não	0	Não	0
Sim	2	Sim	2

Sistólica	Diastólica				
	< 80	80-84	85-89	90-99	>=100
< 120	0	0	1	2	3
120-129	0	0	1	2	3
130-139	1	1	1	2	3
140-159	2	2	2	2	3
>=160	3	3	3	3	3

Soma dos Pontos	
Idade	
LDL – colesterol	
HDL – colesterol	
Pressão Arterial	
Diabetes	
Tabagismo	
Total	

6	11%
7	14%
8	18%
9	22%
10	27%
11	33%
12	40%
13	47%
>=14	>=56 %

FONTE: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012.

ANEXO 3. Estimativa de risco cardiovascular em dez anos para homens e mulheres, respectivamente.

Pontos	Risco cardiovascular %(10 anos)	Pontos	Risco% (10 anos)
Menor ou igual a -3	<1	menor ou igual -2	<1
-2	1,1	-1	1
-1	1,4	0	1,2
0	1,6	1	1,5
1	1,9	2	1,7
2	2,3	3	2
3	2,8	4	2,4
4	3,3	5	2,8
5	3,9	6	3,3
6	4,7	7	3,9
7	5,6	8	4,5
8	6,7	9	5,3
9	7,9	10	6,3
10	9,4	11	7,3
11	11,2	12	8,6
12	13,2	13	10
13	15,6	14	11,7
14	18,4	15	13,7
15	21,6	16	15,9
16	25,3	17	18,5
17	29,4	18	21,5
18+	maior que 30	19	24,8
		20	28,5
		21 ou mais	>30