

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ELIANA ACHCAR FONSECA SANTOS

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DAS
COMPLICAÇÕES RELATIVAS ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES
NA POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA DE ATUAÇÃO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA LÁZARO MEDEIROS, ITAPECERICA,
MINAS GERAIS**

FORMIGA/MINAS GERAIS

AGOSTO - 2013

ELIANA ACHCAR FONSECA SANTOS

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DAS
COMPLICAÇÕES RELATIVAS ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES
NA POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA DE ATUAÇÃO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA LÁZARO MEDEIROS, ITAPECERICA,
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Salime Cristina Hadad

FORMIGA/MINAS GERAIS

2013

ELIANA ACHCAR FONSECA SANTOS

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DAS
COMPLICAÇÕES RELATIVAS ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES
NA POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA DE ATUAÇÃO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA LÁZARO MEDEIROS, ITAPECERICA,
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Salime Cristina Hadad

Banca Examinadora

Profa. Salime Cristina Hadad - Orientadora

Profa. Selme Silqueira de Matos - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 14/06/ 2014

Dedico este trabalho à minha família,
principalmente aos meus filhos,
pois através do amor materno pude despertar
de um sonho e acordar para necessidade de fazer acontecer
um mundo melhor para eles e para todos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me encorajar quando pensava em desistir.

A minha avó Etelvina, por ter sido pra mim modelo de carinho e apoio em toda a minha vida e por acreditar em mim.

À minha mãe, que fez o possível pra me fazer feliz.

A Lena, que está comigo em todas as horas e que é um ser humano especial.

“O que mais surpreende é o homem, pois perde a saúde para juntar dinheiro, depois perde o dinheiro para recuperar a saúde. Vive pensando ansiosamente no futuro, de tal forma que acaba por não viver nem o presente, nem o futuro. Vive como se nunca fosse morrer e morre como se nunca tivesse vivido.”

Dalai Lama

RESUMO

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) têm sido causa de adoecimento e óbitos na população mundial devido a vários fatores na qualidade de vida dos indivíduos como falta de acompanhamento médico, alimentação desequilibrada e ausência de exercícios físicos. Ao se analisar as principais causas de morte ocorridas no município de Itapecerica, constata-se que as DCVs representa uma porcentagem acentuada dessas causas de óbitos da população local. O diagnóstico situacional realizado pela equipe do PSF Lázaro Medeiros identificou 07 problemas na área de abrangência classificando-os segundo importância, urgência, capacidade de enfrentamento e impacto na saúde da população de Itapecerica. Foram levantados dados sobre os riscos e incidentes de DCVs na população local, bem como sobre outras doenças e fatores agravantes a elas correlacionadas como Hipertensão, Diabetes, Infarto Agudo do Miocárdio, Trombose Venosa Profunda, Tabagismo, Sedentarismo, Dislipidemia, entre outros. Portanto, o presente trabalho buscou elaborar um Plano de Intervenção para a prevenção e acompanhamento das Doenças Cardiovasculares, buscando a prevenção e a redução das complicações do risco cardiovascular prevalente, priorizando o estímulo a hábitos e estilos de vida saudáveis na comunidade do PSF Lázaro Mendeiros, município de Itapecerica, Minas Gerais. Foi realizada uma revisão bibliográfica nas bibliotecas virtuais do LILACS, SCIELO, WIKIPEDIA, sendo pesquisados artigos publicados entre os anos 2000 e 2012 utilizados os seguintes descritores: Doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Infarto do Miocárdio, Tabagismo, Estilo de Vida Sedentário e Hipertensão. Além de artigos, também foram pesquisados trabalhos de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família (CEASF) da UFMG e textos e manuais técnicos do Ministério da Saúde. Assim, partindo do pressuposto de que em se tratando de saúde a prevenção ainda é o melhor remédio, o Plano de Intervenção apresentou ações que visam a prevenção e acompanhamento da saúde da população, um atendimento mais efetivo para aqueles indivíduos que já se encontram no grupo de risco e mudança nos hábitos dos demais.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Diabetes *Mellitus*. Infarto do Miocárdio. Tabagismo. Estilo de Vida Sedentário. Hipertensão.

ABSTRACT

Cardiovascular Diseases (CVD) have been a cause of diseases and death in the world population due to several factors in people's quality of life such as absence of medical follow up, unbalanced nourishment and lack of physical exercise. When analyzing the main causes of death in the city of Itapecerica, it is appears CVDs represent a high percentage of death among the local population. The situational diagnosis conducted by the team FHP Lazaro Medeiros identified 07 problems, in the area covered by classifying them according to importance, urgency, coping capacity and impact on population health Itapecerica. Data on risks and incidents of CVDs in the local population, as well as other diseases and aggravating factors correlated to them as Hypertension, Diabetes, Acute Myocardial Infarction, Deep Vein Thrombosis, smoking, physical inactivity, dyslipidemia, and others were raised. However, the current study aimed to develop an intervention plan for the prevention and monitoring of Cardiovascular Diseases, seeking to prevent and reduce the complications of prevalent cardiovascular risk, prioritizing stimulating habits and healthy lifestyles in the community assisted at (Family Health Program) Lázaro Medeiros, Itapecerica city, Minas Gerais state. A literature review was also conducted in virtual libraries LILACS, SciELO, WIKIPEDIA in articles published between 2000 and 2012. The following keywords were searched: Cardiovascular Disease, Diabetes Mellitus, Myocardial Infarction , Smoking, Sedentary Lifestyle and Hypertension. Apart from articles were also searched term papers, Specialization in Family Health (CEASF) UFMG technical manuals and texts and the Ministry of Health. Thus, assuming that when it comes to health prevention is still the best medicine, the Intervention Plan presented actions aimed at the prevention and monitoring of population health, more effective care for those individuals who are already at risk group and change in the habits of others.

Key-words: Heart diseases. Diabetes *Mellitus*. Myocardial Infarct, Smoking, Sedentary Lifestyle, Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEABSF- Curso de Especialização em Atenção em Saúde da Família

CVVRS- Centro Viva Vida de Referência Secundária

DCV – Doença Cardiovascular

DAC- Doença Arterial Coronariana

DM – Diabetes Melito

ESF – Equipe de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

OMS – Organização Mundial da Saúde

NESCON – Núcleo Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina UFMG

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TVP - Trombose Venosa Profunda

EMATER – Empresa Mineira de Assistência Técnica Rural

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	11
1.1- A Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família	12
1.2- O município de Itapecerica.....	14
1.2.1. A rede municipal de saúde do município de Itapecerica	15
1.3- O PSF Lázaro Medeiros.....	17
1.3.1- Aspectos ambientais	18
1.3.2- Aspectos culturais, socioeconômicos e sanitários	18
1.3.3 – Diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Lázaro Medeiros..	21
2- JUSTIFICATIVA	24
3– OBJETIVOS	26
3.1- Objetivo geral.....	26
3. 2- Objetivos específicos	26
4- METODOLOGIA	27
5- RESULTADOS.....	29
5.1- Fatores de risco para doença cardiovascular	29
5.1.1- A Hipertensão Arterial Sistêmica	30
5.1.2- Diabetes mellitus.....	30
5.1.3- A Doença Renal Crônica (DRC).....	31
5.2 - Classificação do risco cardiovascular	33
5.2.1- Avaliação clínica laboratorial	35
5.2.2 - Escores de risco global	36
5.3- Intervenções recomendadas em prevenção cardiovascular	40
5.4 - Prevenção farmacológica.....	41
5.5 - Atribuições da Equipe de Saúde da Família na Prevenção dos Distúrbios cardiovasculares	42
5.6 - Modificações no estilo de vida e priorização de hábitos saudáveis	44
5.6.1.- Abandono do Tabagismo	45
6 - ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	48
6.1- Monitoramento do risco cardiovascular aumentado	52
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS.....	55

1- INTRODUÇÃO

A Saúde é um conceito que abrange muitas definições, mas para se dizer que o indivíduo está saudável é preciso, no mínimo, que ele esteja com disposição e condição para exercer suas habilidades físicas e mentais, ou seja de viver plenamente. E a partir do momento que esse indivíduo deixa de exercer qualquer uma dessas habilidades pode-se dizer que a sua saúde está comprometida, como ressaltam Brêtas e Gamba (2006 apud VIANNA, 2011 p. 77):

Nessa dimensão, a saúde torna-se a capacidade que o ser humano tem de gastar, consumir a própria vida. Entretanto, é importante destacar que a vida não admite a reversibilidade, ela aceita apenas reparações. Cada vez que o indivíduo fica doente, está reduzindo o poder que tem de enfrentar outros agravos; ele gasta seu seguro biológico, sem o qual não estaria vivo.

Nem sempre há sinais claros de que a saúde esteja em perfeitas condições e para monitorá-la é preciso que cada indivíduo esteja atento ao próprio corpo e aos fatores que podem influenciar para um corpo saudável.

A saúde é silenciosa, geralmente não é percebida em sua plenitude; na maior parte das vezes apenas a identificamos quando adoecemos. É uma experiência de vida, vivenciada no âmago do corpo individual. Ouvir o próprio corpo é uma boa estratégia para assegurar a saúde com qualidade, pois não existe um limite preciso entre a saúde e a doença, mas uma relação de reciprocidade entre ambas; entre a normalidade e a patologia, na qual os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, água, ar, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares e sociais) podem causar doenças. Essa relação é demarcada pela forma de vida dos seres humanos, pelos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Tal constatação nos remete à reflexão de que o processo saúde-doença-adoecimento ocorre de maneira desigual entre os indivíduos, as classes e os povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade. (BRÊTAS e GAMBÁ, 2006 *apud* VIANNA, 2011, p. 77).

No processo saúde-doença, a prevenção ocorre nos níveis primários, secundários e terciários e essa ação antecipada pode evitar o aparecimento ou avanço da doença. É o que dizem Leavell & Clarck (1976, *apud* CZERESNIA, 2003 p. 01):

O conceito de prevenção definido como ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. A prevenção apresenta-se em três fases: primária secundária e terciária. A prevenção primária é a realizada no período de pré-patogênese. O conceito de promoção da saúde aparece como um

dos níveis da prevenção primária, definido como medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima. Um segundo nível da prevenção primária seria a proteção específica contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. A fase da prevenção secundária também apresenta-se em dois níveis: o primeiro, diagnóstico e tratamento precoce e o segundo, limitação da invalidez. Por fim, a prevenção terciária que diz respeito a ações de reabilitação.

1.1- A Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família

A Saúde da Família é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Esta estratégia procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativas inovadoras, pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 2000).

Essa estratégia foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando atuações dos agentes comunitários de saúde. Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) a Estratégia Saúde da Família se estrutura a partir da Unidade Saúde da Família conforme contextualizado abaixo, elencando alguns princípios do SUS definidos pela Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990):

- **Integralidade e Hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida na atenção primária à saúde. Suas equipes devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfil epidemiológico e sócio demográfico das famílias, reconhecendo os problemas

de saúde prevalentes e os riscos que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde. O cumprimento desses princípios pressupõe que os profissionais envolvidos nas equipes de saúde compreendam que seus serviços estão organizados em níveis de complexidade crescentes, desde o nível local de assistência, até os mais especializados; este processo é denominado referência e contrarreferência, sendo que a referência se dá do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente à contra referência. Essa articulação é bastante difícil uma vez que a demanda por serviços mais complexos excede ao número de solicitações disponíveis para a atenção básica, dificultando atingir excelência no atendimento aos clientes que necessitam de serviços especializados.

- Territorialização e Adscrição da Clientela: a USF trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento desta população recomenda-se que a equipe seja responsável por, no máximo, 4000 pessoas do território.
- Equipe Multiprofissional: composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais.
- Caráter Substitutivo: substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde.
- Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), a territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, as condições de saúde da população adscrita. Para tal, as equipes de saúde devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares. Para FIGUEIREDO (2009, p.57):

Este diagnóstico permite:

- Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco desta população;
- Elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano de ação para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença;

- Prestar assistência integral na USF, na comunidade, no domicílio além do acompanhamento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- Desenvolver ações educativas e Intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde

Ainda, segundo FIGUEIREDO (2009), é na equipe multiprofissional que as situações levantadas no diagnóstico de saúde devem ser enfrentadas, somando os olhares dos distintos profissionais que compõem a equipe, obtendo-se, desta forma, um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Para isso, é imprescindível que a estruturação do trabalho, na ESF, consolide-se nos princípios da vigilância à saúde, rompendo assim com a dinâmica centrada no trabalho médico.

1.2- O município de Itapecerica

O município de Itapecerica está situado no Centro Oeste do estado de Minas Gerais, possui uma população de 21.377 habitantes, sendo 4.874 residentes na zona rural e 16.503 residentes na zona urbana, onde o número de famílias e domicílios é aproximadamente 8.702 (IBGE, 2010).

O município mostrou, principalmente na última década, uma tendência à urbanização mais acentuada, mesmo mantendo um razoável contingente populacional vivendo no campo, pode ser enquadrado na tendência geral de urbanização experimentada pelo país. A economia de Itapecerica baseia-se na atividade de comércio, agropecuária, indústria de alimentos, indústria de calçados e extração de minério. Em relação à infraestrutura, a população de Itapecerica é servida de estrutura urbana essencial ao seu conforto, de acordo com os seguintes indicadores: 95% dos domicílios possuem água tratada; 90% dos domicílios ligados a rede coletora de esgoto e 10% dos domicílios possuem fossa séptica; 92% dos domicílios tem o lixo coletado; 100% dos domicílios possuem energia elétrica na área urbana e 88,2% dos domicílios na rural; e há 2.800 aparelhos telefônicos instalados no município (ITAPECERICA, 2011).

Itapecerica conta ainda com serviços de: Correio, Fórum, Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais (EMATER -

MG), Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Itaú, Bradesco entre outros. A taxa de urbanização é de 77,20%, e a renda familiar média de R\$ 1.016,00 (ITAPECERICA, 2011).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) em 2010 era de 0,713, situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799), ficando em 1514º lugar no ranking nacional e 156º lugar no ranking estadual. A dimensão entre 2000 e 2010, que mais cresceu em termos absolutos foi Educação, seguida por Longevidade e por Renda (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

1.2.1. A rede municipal de saúde do município de Itapecerica

O município de Itapecerica possui 27 estabelecimentos de saúde, sendo 12 públicos municipais (Tabela 01) (BRASIL, 2014).

Tabela 01- Distribuição dos estabelecimentos de saúde segundo tipo, Itapecerica, Minas Gerais, 2014.

Descrição	Total
Centro de saúde/unidade básica	5
Policlínica	1
Hospital geral	1
Pronto socorro geral	1
Consultório isolado	8
Clínica/Centro de especialidade	4
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	5
Secretaria de saúde	1
Unidade de atenção à saúde indígena	1
Total	27

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2014).

O município possui cinco equipes de Saúde da Família, todos com a mesma estrutura profissional: um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde, um odontólogo, um

auxiliar de odontologia, um auxiliar de serviços gerais, funcionando de 07:00h às 17:00h. Cada equipe atende uma população em média de 3.500 a 4.000 pessoas. Os atendimentos em atenção secundária são encaminhados para o Centro Viva Vida no município de Santo Antônio do Monte. O Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS) dedica atenção integral à saúde sexual e reprodutiva da mulher e à saúde da criança de risco, uma vez que a mortalidade infantil muitas vezes é consequência de uma gravidez, também, de alto risco. O CVVRS pressupõe a implantação de ações de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico precoce e de recuperação das doenças e agravos, sendo ainda oferecidas especialidades médicas como ginecologista/obstetrícia, mastologia, urologia, fisioterapia e pediatria. Além disso, a unidade conta com apoio de psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, endocrinologistas e cardiologistas. O CVVRS conta ainda com o Centro Hipertensão, o qual tem como objetivo prestar assistência secundária aos portadores de hipertensão, diabetes e doença renal crônica. São garantidos à população acesso a serviços como mamografias, ultrassonografia e hemodinâmica. O município de Itapeçerica conta ainda com profissionais especializados, ginecologista, ortopedista, pediatra e pneumologista que atendem uma vez por semana no PSF dos Ingás (ITAPECERICA, 2011).

Na área hospitalar o município dispõe do atendimento da Santa Casa de Misericórdia e Maternidade Sant'Ana que possui a seguinte estrutura:

- Unidades de Internação;
- Unidade de Cuidados Intermediários;
- Ambulatório;
- Emergência;
- Centro Cirúrgico;
- Centro obstétrico;
- Central de Material Esterilizado.
- Área Administrativa com os setores: Gerência de Enfermagem; Educação em serviço.

A Unidade de Internação é composta por: Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Berçário; Unidade de Cuidado Intermediários Adulto, Pediátrica, Neonatal e de Recuperação Anestésica; Pronto-Socorro /

Pronto Atendimento; Bloco Cirúrgico; Centro Obstétrico com Sala de Parto; Central de Material Esterilizado.

A equipe que trabalha na área hospitalar é composta por: 7 Médicos, 3 Enfermeiros, Técnicos em enfermagem, 3 Auxiliar de limpeza, 2 Recepcionistas e 1 Nutricionista. No Pronto atendimento a equipe é composta por: 7 Médicos, 3 Enfermeiros, 6 técnicos em enfermagem, 2 auxiliar de limpeza, 2 recepcionistas.

1.3- O PSF Lázaro Medeiros

O PSF Lázaro Medeiros está situado na Av. Ministro Gabriel Passos, S/N, no bairro Bom Jesus. Inaugurado em setembro de 1999, conta com uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar de limpeza. Conta ainda com uma equipe de Saúde Bucal, formada por um odontólogo e uma ACD (Auxiliar de Consultório Dentário). O PSF atende aos bairros: Bom Jesus, Bela Vista, Parque Industrial, Andresa, São Geraldo, Parte do Alto do Rosário, Centro, e Dom Antônio.

A área física do PSF Lázaro Medeiros é composta por:

- Consultório médico com banheiro;
- Consultório odontológico com banheiro;
- Consultório de enfermagem;
- Consultório para uso do nutricionista e da psicóloga;
- Sala de eletrocardiograma e pré-consulta;
- Recepção com bom espaço físico;
- Sala para curativos, pequenas cirurgias, administração de medicamentos, lavagem e esterilização de materiais;
- Sala para coleta do exame Papanicolau com banheiro,
- Sala de vacinas;
- Sala para reunião das ACS e grupos;
- Cozinha e 1 depósito de matérias de limpeza.

A Equipe de Saúde prioriza e insiste na educação e orientação da comunidade, voltados para a prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo

que o atendimento à demanda espontânea é realizado somente para os problemas agudos. A equipe trabalha envolvendo a rede de assistência social para resolução dos problemas sociais.

1.3.1- Aspectos ambientais

A área de abrangência do PSF Lázaro Medeiros possui um relevo basicamente plano, com poucos morros, possui um ribeirão (Ribeirão Vermelho), que atravessa duas microáreas e durante a época das chuvas a população ribeirinha sofre com as enchentes. No centro da área passa uma avenida que é a principal saída para BR 381, para os municípios de Oliveira, Divinópolis e Cláudio, sendo assim recebe diariamente um grande número de veículos circulando pela mesma. As ruas do bairro são quase todas pavimentadas e possuem iluminação pública. Em 99,83% das residências há energia elétrica, 99,83% possuem de sistema de esgoto, 99,83% têm abastecimento de água, 100% de coleta de lixo e 99,57% das casas são de tijolos.

1.3.2- Aspectos culturais, socioeconômicos e sanitários

A área conta com uma igreja católica, uma igreja evangélica, uma centro espírita, uma escola municipal, uma creche também municipal, uma quadra poliesportiva, duas praças 22 bares e um posto policial.

Há uma festa religiosa em louvor a Nossa Senhora do Rosário que acontece uma vez ao ano mobilizando toda população, com danças típicas do congado, uma fusão do candomblé e catolicismo. No mês de setembro acontece o Jubileu do Bom Jesus, que oferece missas e procissões e é considerado o evento mais importante na comunidade.

A principal fonte de renda da população local está relacionada aos abatedouros de frango e fábrica de calçados. A taxa de emprego é de 87% e a renda familiar média é de R\$1.016, incluindo o programa do Governo Federal Bolsa Família. Entre as pessoas maiores de 15 anos, 2.904 são alfabetizados, correspondendo a 98,41% da população nessa faixa etária.

No PSF estão cadastradas 1.156 famílias, equivalente a 3.775 pessoas, sendo 1.895 do sexo feminino e 1.880 do sexo masculino. A população apresenta uma distribuição bem equilibrada quanto ao gênero e a maior parte dela está na faixa etária de 20-39 anos (Tabela 2).

Verifica-se ainda, que a população acima de 40 anos, tanto feminina quanto da masculina, totalizam 654 homens e 721 mulheres, o que representa aproximadamente 34% dos homens e 38% das mulheres, respectivamente. Esses percentuais são significativos, uma vez que englobam os indivíduos com possibilidade de apresentarem risco cardiovascular, justificando uma avaliação mais criteriosa como orienta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.17):

Homens com idade superior a 45 anos e mulheres com mais de 55 anos requerem exames laboratoriais para estimar mais precisamente o risco cardiovascular. Indivíduos mais jovens que já apresentam um ou mais fatores de risco devem passar para a avaliação clínico-laboratorial subsequente.

Tabela 02 - Distribuição da população adscrita ao PSF Lázaro Medeiros estratificada por sexo/idade, Itapecerica, Minas Gerais, 2012.

Sexo	Faixa etária								Total
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-59	60+	
Masculino	23	104	150	168	165	616	450	204	1.880
Feminino	22	94	107	156	168	627	470	251	1.895
Total	45	198	257	324	333	1.243	920	455	3.775

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

As doenças respiratórias foram a principal causa de internação, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (Quadro 01).

Quadro 01 - Principais causas de internação dos residentes no município de Itapecerica, segundo capítulos da CID 10^a rev., 2011.

CAUSAS DE INTERNAÇÕES	Nº
Doenças do Aparelho Respiratório	1.080
Doenças do Aparelho Circulatório;	996
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	396
Doenças aparelho digestivo	96
Neoplasias (Tumores)	93

Fonte: Sistema de informação da Atenção Básica (2011)

A análise dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) apontou as Doenças do Aparelho Circulatório como as principais causas de óbito no município, sendo que corresponderam a 32,73% do total de óbitos do município em 2011 (Tabela 03).

Tabela 03- Distribuição dos óbitos por capítulos da CID 10^a revisão, Itapecerica, Minas Gerais, 2011.

Capítulos da CID 10^arev.	Nº	%
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	05	4,6
Doenças Sangue Órgãos hematológicas e imunitárias	01	1,1
Neoplasias	18	16,4
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	11	10
Transtornos Mentais e Comportamentais	01	0,9
Doenças do Sistema Nervoso	02	1,8
Doenças do Aparelho Circulatório	36	32,7
Doenças do Aparelho Respiratório	09	8,2
Doenças do Aparelho Digestivo	06	5,5
Causas Externas de morbidade e mortalidade	09	8,2
Algumas afecções originadas no período perinatal	01	0,9
Malformação congênita deformidades e anomalias cromossômicas	01	0,9
Sintomas e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	05	4,6
Total	110	100,0

Fonte: Sistema de informação da Atenção Básica (2011)

Os principais motivos de consultas realizadas pelas equipes do PSF foram os exames de rotina, em segundo lugar a hipertensão arterial e os exames de rotina em saúde da criança em terceiro (Quadro 02).

Quadro 02 - Principais motivos de consultas realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, Itapecerica, Minas Gerais, 2011.

Principais motivos de consultas	Nº
Exame Médico Geral	4.080
Hipertensão Arterial	2.412
Exame de rotina da criança	456

Fonte: Sistema de informação da Atenção Básica (2011).

A equipe do PSF Lázaro Medeiros realizou a classificação de risco cardiovascular dos hipertensos e avaliou a situação terapêutica dos diabéticos residentes na sua área de abrangência (Tabelas 04 e 05). Foi observado pela equipe que dos hipertensos cadastrados 58,5% foi classificado como médio, alto ou muito alto risco cardiovascular e que 51,0% dos pacientes diabéticos sem uso de insulina são hipertensos também.

Tabela 04 – Distribuição dos Hipertensos cadastrados, segundo classificação de risco cardiovascular, PSF Lázaro Medeiros, Itapecerica, Minas Gerais, 2012.

Classificação de Risco	Nº	%
Baixo risco	158	27,1
Médio risco	249	42,6
Alto e muito alto risco	93	15,9
Total de hipertensos	584	100,0

Fonte: Sistema de informação da Atenção Básica (2011) e Equipe PSF Lázaro Medeiros

Tabela 05 – Distribuição dos Diabéticos cadastrados segundo situação terapêutica, PSF Lázaro Medeiros, Itapecerica, Minas Gerais, 2012.

Situação Terapêutica	Nº	%
Sem tratamento medicamentoso	2	2,0
Não usuário de insulina sem hipertensão	32	32,0
Não usuário de insulina com hipertensão	51	51,0
Usuário de insulina	15	15,0
Total de diabéticos	100	100,0

Fonte: Sistema de informação da Atenção Básica (2011) e Equipe PSF Lázaro Medeiros.

1.3.3 – Diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Lázaro Medeiros

O diagnóstico situacional foi realizado por meio de entrevistas a informantes chaves, observação ativa dos Agentes comunitários de Saúde, levantamento de dados secundários do Sistema de Informação da Atenção

Básica (SIAB). Foram analisadas as Fichas de cadastramento das famílias (ficha A), fichas de cadastramento de hipertenso, diabético e gestante (ficha B) e cartão espelho de vacinação da criança (ficha C), dados de mortalidade, internação e principais motivos de consulta.

Foram identificados 07 problemas da área de abrangência do PSF Lázaro Medeiros e classificados pela importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção, atribuindo os conceitos alto, médio ou baixo. Os pontos foram distribuídos conforme sua urgência, considerando de maior urgência a pontuação sete de forma decrescente para menor urgência, também definindo se a solução do problema estava dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto. Os problemas foram numerados por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios de seleção (Quadro 03).

Quadro 03 – Classificação dos problemas identificados no diagnóstico situacional do PSF Lázaro Medeiros, Itapeçerica, Minas Gerais, 2013.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade enfrentamen	Seleção
Risco cardiovascular aumentado	Alto	7	Parcial	1
Cárie dentária e perda dentária precoce	Alto	6	Parcial	2
Gravidez na adolescência	Médio	5	Parcial	3
Risco de proliferação de <i>Aedes</i>	Médio	4	Parcial	4
Acúmulo de lixo nos lotes	Médio	3	Parcial	5
Violência	Alto	7	Fora	6
Falta de opções de lazer	Médio	5	Fora	7

Fonte: PSF Lázaro Medeiros (2013)

Foi constatado que a população enfrenta uma série de problemas de saúde, os quais são consequências primárias e/ou secundárias de vários fatores como: desinformação, orientações errôneas, falta de uma educação de qualidade, desigualdades socioeconômicas, desestrutura familiar, segurança pública ineficiente, entre outros tantos que se acumulam e se agravam, comprometendo o bem estar dos cidadãos. Portanto, qualquer um dos problemas diagnosticados poderia ser o foco do plano de intervenção deste trabalho. Contudo,

considerando, principalmente, a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento, e o grande impacto na saúde da população de Itapeceira, optou-se pelas Doenças Cardiovasculares (DCVs).

2- JUSTIFICATIVA

No Brasil, as mudanças industriais e sociais tem se refletido no campo da saúde alterando drasticamente o perfil de morbimortalidade com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas estão as cardiovasculares que são a maior causa de morte (BRASIL, 2006).

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) são responsáveis por gerar elevados custos para economia, para o sistema de saúde e a previdência social, além de onerar também os núcleos familiares acometidos. Estima-se que essas taxas tendem a crescer no Brasil devido ao controle inadequado dos fatores associados ao desenvolvimento dessas doenças (BRASIL, 2006).

Um fator denominado transformação epidemiológica determinou esse aumento das DCVs, como demonstra GRUNDY (2004 *apud* PEREIRA *et al*, 2010, p.04):

O aumento global das doenças cardiovasculares (DCVs) é resultado de uma transformação sem precedentes nas causas de morbidade e mortalidade ocorridas durante o século XX. Conhecida como transformação epidemiológica, esta mudança foi determinada pela industrialização, pela urbanização e pelas alterações do estilo de vida, ocorrendo em todo o mundo e atingindo todas as raças, grupos étnicos e culturas.

Em 1990 as DCVs foram responsáveis por 28% dos 50,4 milhões de mortes em todo o mundo, em 2001 por 29% e em 2030, quando se espera que a população mundial atinja 8,2 mil milhões de pessoas, estima-se que 32% das mortes sejam causadas pelas DCVs.

O excesso de peso e a obesidade aumentaram de forma alarmante (GRUNDY, 2004; STEIN & COLDITZ, 2004 *apud* PEREIRA *et al*, 2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um bilhão de adultos em todo o mundo preenchem as definições de excesso de peso e pelo menos 300 milhões preenchem os critérios de Obesidade Clínica (HASLAM & JAMES, 2005 *apud* PEREIRA *et al*, 2010). O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) e a HAS, principais fatores de risco cardiovascular (FR-CV), tem aumentado significativamente nas últimas décadas, em paralelo com as alterações do estilo de vida nas sociedades ocidentais.

O Ministério da Saúde adotou várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira. Algumas importantes

ações foram: as medidas anti-tabágicas; as políticas de alimentação, nutrição e promoção da saúde com ênfase na escola; as ações de atenção à hipertensão e ao diabetes com garantia de medicamentos básicos na rede pública; aliado a isso, a capacitação de profissionais. É importante registrar que a adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais na abordagem das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2006).

No PSF Lázaro Medeiros, 58,5% dos hipertensos apresentaram Risco Cardiovascular aumentado, principalmente, devido ao sedentarismo, maus hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, nível de pressão social, falta de informação sobre os riscos e agravos, descontrole dos níveis de pressão arterial, diabetes.

O presente estudo tem por objetivo apresentar um Plano de Intervenção para a atenção primária com foco nas DCVs, buscando a prevenção e a diminuição das complicações e cronicidade. Assim, o Plano de Intervenção propõe ações como incentivo às práticas de exercícios físicos regulares, introdução de um plano alimentar adequado, controle do estresse, aumento do nível de informação da comunidade sobre os fatores de risco da e melhora no atendimento da equipe do PSF Lázaro Medeiros.

3– OBJETIVOS

3.1- Objetivo geral

Elaborar Plano de Intervenção para a atenção primária com foco nas Doenças Cardiovasculares, na população residente na área de atuação da equipe de saúde da família Lázaro Mendes, município de Itapeçerica, Minas Gerais.

3. 2- Objetivos específicos

- Conhecer a literatura sobre Doença Cardiovascular, fatores de risco cardiovascular e tratamento;
- Conhecer a proposta de intervenção para prevenção das doenças cardiovasculares do Ministério da Saúde com foco na atenção básica e no trabalho da equipe de Saúde da Família;
- Elaborar o plano de intervenção para redução das complicações advindas das doenças cardiovasculares;
- Elaborar uma proposta de monitoramento para o plano de intervenção

4- METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas Bibliotecas Virtuais do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), Literatura técnica e científica da América Latina e Caribe (LILACS), na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e na enciclopédia virtual Wikipédia (CORREA; VASCONCELOS, 2013). A pesquisa buscou artigos científicos publicados em periódicos, usando os descritores: Doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Infarto do Miocárdio, Tabagismo, Estilo de Vida Sedentário, Hipertensão. A pesquisa foi feita em idioma português, tendo o Brasil como país/região, em publicações do período de 2001 a 2013. Também foram consultados publicações do Ministério da Saúde do Brasil, mais especificamente o Caderno 14 dos Cadernos de Atenção Básica que trata da Prevenção Clínica de Doenças Cardiovasculares, Cerebrovascular e Renal Crônica (2006), de onde foi extraída grande parte das referências.

Após o levantamento bibliográfico, foi feita uma leitura dos conteúdos, selecionando aqueles que possivelmente fundamentariam o trabalho e em uma segunda leitura foram destacados os textos ou trechos de textos que serviriam de embasamento para o Plano de Intervenção.

O Plano de Intervenção foi elaborado em 2012, utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) para elaboração das ações. Este plano é uma proposta que busca a prevenção e redução das complicações do risco cardiovascular prevalente, priorizando o estímulo a hábitos e estilos de vida saudáveis na comunidade do PSF Lázaro Medeiros. Para elaboração do plano de intervenção, pesquisou-se sobre Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família e relatou-se um resumo do que são essas iniciativas do Ministério da Saúde. Também serviu de embasamento para elaboração do plano uma análise da realidade onde o mesmo possivelmente será colocado em prática e para tanto foi traçado um perfil do município de Itapeverica e do PSF Lázaro Medeiros, considerando a estrutura da rede municipal de saúde,

os aspectos ambientais, culturais, socioeconômicos e sanitários, seguidos do diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF.

Os resultados apontaram principalmente os fatores de riscos para doença cardiovascular, as doenças a ela relacionadas, suas classificações de risco, as intervenções recomendadas para prevenção cardiovascular, incluindo a prevenção farmacológica. Ficaram ainda especificadas as atribuições da Equipe de Saúde da Família na prevenção dos distúrbios cardiovasculares, bem como as modificações no estilo de vida da população e a priorização de hábitos saudáveis, principalmente o abandono do tabagismo.

Após a elaboração do plano de intervenção, apresentou-se uma proposta de monitoramento do mesmo, a qual especifica as formas como se dará este monitoramento, os respectivos responsáveis e a periodicidade em que se dará a monitoração.

Para ter uma visão mais ampla da realidade da saúde da população local e da situação no estado, foram pesquisados os protocolos assistenciais do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde relativos ao controle da hipertensão arterial. Os dados encontrados nestes documentos serviram como um dos pontos de referência para elaboração do plano de intervenção, já que o controle da hipertensão arterial é essencial para a prevenção das DCVs.

5- RESULTADOS

5.1- Fatores de risco para doença cardiovascular

São inúmeros os fatos que podem estar relacionados com o aumento significativo das DCVs. Parte desses fatores pode ser associada ao envelhecimento da população, sobrevivência das doenças infecciosas, incorporação de novas tecnologias com diagnóstico precoce das doenças e redução de letalidade, mas uma parcela importante pode ser atribuída ao controle inadequado, e por vezes em ascensão, dos fatores associados ao desenvolvimento destas doenças (Quadro 05) (BRASIL, 2006).

Quadro 05- Fatores de Risco para Doença Cardiovascular

Fatores de risco para Doença Cardiovascular
História familiar de DAC prematura (familiar 1º grau sexo masculino <55 anos e sexo feminino <65 anos).
Homem >45 anos e mulher >55 anos
Tabagismo
Hipercolesterolemia (LDL-c elevado)
Hipertensão arterial sistêmica
Diabetes <i>mellitus</i>
Obesidade (IMC > 30 kg/m ²)
Gordura abdominal
Sedentarismo
Dieta pobre em frutas e vegetais
Estresse psicossocial

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a presença de nove destes fatores explica quase 90% do risco atribuível de doença cardiovascular na população ao redor do mundo. Muitos desses fatores de risco são responsáveis também pelas doenças renais, sendo que a HAS e o DM respondem por 50% dos casos de DRC (Doença Renal Crônica) terminal.

Dos fatores potencialmente controláveis, HAS e DM, são mais críticos do ponto de vista de saúde pública. No Brasil, dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* de 2001 apontaram para uma prevalência destes fatores na população brasileira acima de 40 anos de idade de 36% e 10%, respectivamente (BRASIL, 2006).

5.1.1- A Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser definida, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão e Nefrologia (2010, p.01) como:

[...] uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA). Associada frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturas dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da Pressão Arterial (PA), 54% por acidente vascular encefálico, e 47% por doença isquêmica do coração, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil em 2007, 308.466 óbitos foram por doença do aparelho circulatório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010).

5.1.2- Diabetes mellitus

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal da glicose no sangue. A glicose é a principal fonte de energia do organismo, quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde. Quando não tratada adequadamente, podem ocorrer complicações como ataque cardíaco, derrame cerebral, insuficiência renal, problemas na visão, amputação do pé e lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações. Há vários tratamentos disponíveis que, quando seguidos de forma regular,

proporcionam saúde e qualidade de vida para o paciente portador, pois ainda não há cura definitiva para a diabetes (WIKIPEDIA, 2012).

É uma doença bastante comum no mundo, especialmente na América do Norte e norte da Europa, acometendo cerca de 7 % da população adulta entre 30 e 69 anos e 0,3% das gestantes. Alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Porém estima-se que cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico. Segundo uma projeção internacional, com o aumento do sedentarismo, obesidade e envelhecimento da população o número de pessoas com diabetes no mundo vai aumentar em mais de 50%, passando de 380 milhões em 2025 (WIKIPÉDIA, 2012).

Para SIQUEIRA (2007):

Os indivíduos diabéticos apresentam risco aumentado de três a quatro vezes de sofrerem evento cardiovascular e o dobro do risco de morte devido a esse evento quando comparados à população geral. Tem havido declínio na mortalidade por DCV, porém a queda nas mortes por doença arterial coronariana (DAC) em portadores de diabetes tem sido bastante superior à de não diabéticos. Vários fatores presentes no diabetes favorecem a maior ocorrência de DCV, como a hiperglicemia, a resistência à insulina, além de fatores de risco clássicos e não clássicos (HAS, dislipidemia, obesidade, estado inflamatório subclínico e outros). É possível que o potencial aterogênico da obesidade decorra em parte da produção aumentada de citocinas pelos adipócitos. Devido à marcante associação entre diabetes e DCV, e prognóstico desfavorável após um evento, é importante identificar quais são os indivíduos de mais alto risco e como rastreá-los. *A American Heart Association e a American Diabetes Association* recomendam a estratificação do risco de pacientes sintomáticos por testes diagnósticos. O desafio está em identificar pacientes diabéticos assintomáticos que se beneficiariam de testes diagnósticos para detecção precoce de DCV, visando viabilizar medidas preventivas e/ou terapêuticas, capazes de reduzir morbimortalidade. O benefício do controle glicêmico e dos demais fatores de risco na prevenção de eventos CV no diabetes já documentado justifica estabelecer estratégias que melhorem a identificação e possibilitem intervenções nos pacientes de alto risco, buscando reduzir a mortalidade.

5.1.3- A Doença Renal Crônica (DRC)

A doença renal crônica consiste em lesão, perda progressiva e irreversível da função dos rins. Os principais grupos de risco para o desenvolvimento desta patologia são diabetes mellitus, hipertensão arterial e história familiar. (BRASIL, 2006, p.23).

O diagnóstico da DRC baseia-se na identificação de grupos de risco, presença de alterações de sedimento urinário (microalbuminúria, proteinúria, hematúria e leucocitúria) e na redução da filtração glomerular avaliado pelo clearance de creatinina. Todo paciente pertencente ao chamado grupo de risco, mesmo que assintomático, deve ser avaliado anualmente com exame de urina, sendo que a microalbuminúria é especialmente útil em pacientes com diabetes, hipertensão e com história familiar de DRC sem proteinúria detectada no exame de urina (BRASIL, 2006).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), após perda de 50-60% da função renal, o uso isolado da creatinina para avaliação da função renal não deve ser utilizado, pois somente alcançará valores acima do normal. Para estimar o clearance de creatinina (CLcr) a partir da creatinina sérica, podem ser empregadas diferentes fórmulas. A equação mais simplificada e conhecida é a de Cockcroft-Gault, apresentada a seguir:

$$\text{Ccr ml/in} = (140 - \text{idade}) * \text{peso} * (0,85, \text{ se mulher})$$

$$72 * \text{Cr sérica (mg/dl)}$$

Quadro 06- Classificação em estágios através do *clearance* de creatinina

Estágio	Função Renal	Clcr(ml/min/1,73m²)
0	Grupo de risco: sem lesão renal, função normal.	> 90
1	Lesão renal (microalbuminúria, proteinúria), função preservada, com fatores de risco.	> 90
2	Lesão renal com insuficiência renal leve	Lesão renal com insuficiência renal leve 60-89
3	Lesão renal com insuficiência renal moderada	30-59
4	Lesão renal com insuficiência renal severa	15-29
5	Lesão renal com insuficiência renal terminal ou dialítica	< 15

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

5.2 - Classificação do risco cardiovascular

O Ministério da Saúde estratificou os indivíduos em três níveis de risco cardiovascular: baixo, moderado e alto. Essa estratificação de risco baseia-se na classificação inicial por meio de exame clínico evoluindo para a indicação de exames complementares, quando no exame clínico for indicado que o grau de risco está moderado e alto. (BRASIL, 2006).

a classificação inicial baseia-se em dados clínicos como idade e sexo, história clínica, (principalmente em relação as manifestações vasculares, sintomas de diabetes), pressão arterial, circunferência abdominal, peso e altura, (índice de massa corporal), e um exame clínico focalizado em manifestações de aterosclerose (BRASIL, 2006, p.16).

Os homens com menos de 45 anos e mulheres com menos de 55 anos, sem manifestação de doença ou sintomas e sem nenhum dos fatores intermediários descritos abaixo (Quadro 07), são caracterizados como sendo de baixo risco. Nesses pacientes não se faz necessária a realização de exames complementares, mas devem ser orientados quanto à importância de manterem hábitos saudáveis (BRASIL, 2006).

Os maiores de 45 anos do sexo masculino e maiores de 55 anos do sexo feminino necessitam de exames laboratoriais, para estimar precisamente o risco cardiovascular. Os indivíduos mais jovens que apresentam um ou mais fatores de risco devem ser submetidos a exames laboratoriais assim como os indivíduos classificados como de alto risco (Fig. 01) (BRASIL, 2006).

Quadro 07- Avaliação clínica: Achados no exame clínico indicativos de alto risco ou da necessidade de exames laboratoriais

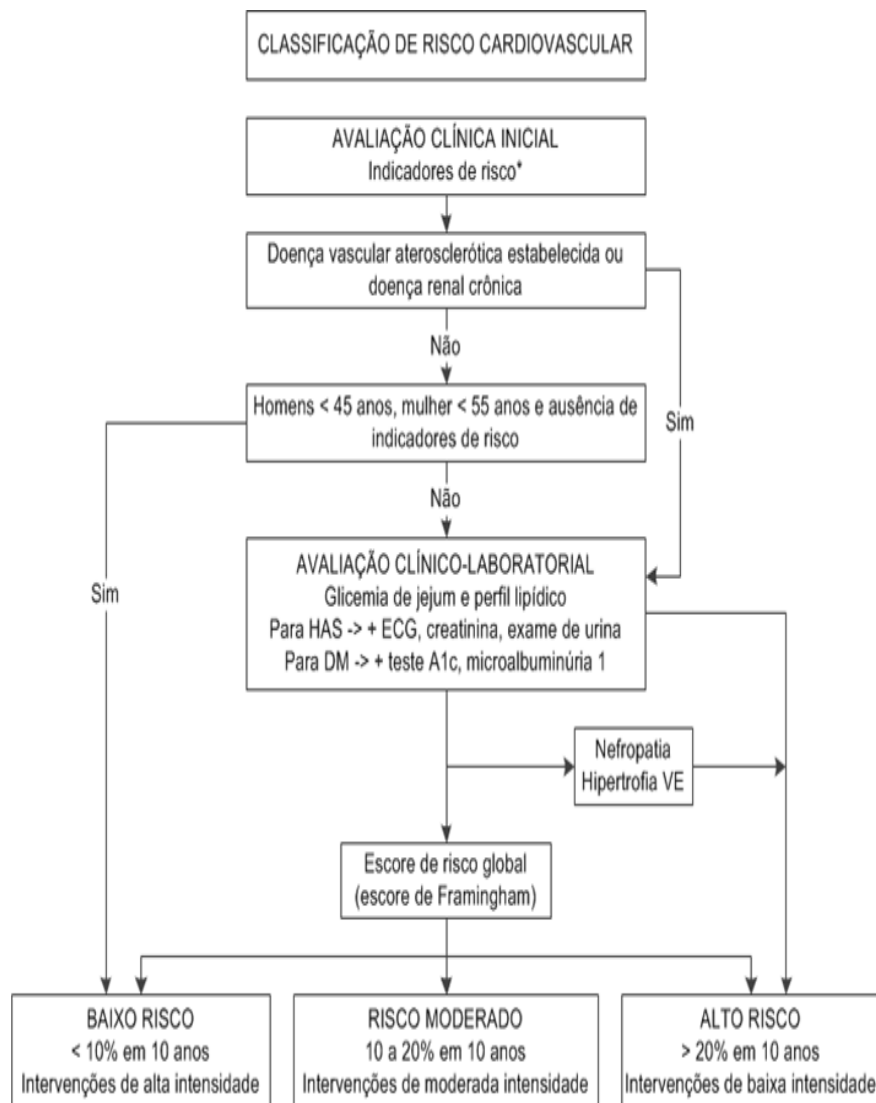
Indicadores de alto risco

- Infarto do miocárdio prévio;
- Acidente cerebral vascular ou ataque isquêmico transitório prévio;
- Doença aneurismática de aorta;
- Doença vascular periférica;
- Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica;
- Angina de peito;
- Doença renal crônica;

- Indicadores intermediários de risco;
- Idade > 45 anos homem, > 55 anos mulher;
- Manifestações de aterosclerose:
 - Sopros arteriais carotídeos;
 - Diminuição ou ausência de pulsos periféricos;
- História familiar de infarto agudo do miocárdio, morte súbita, ou acidente vascular cerebral, em familiares de 1ª grau ocorrido antes dos 50 anos;
- Diagnóstico prévio de DM, tolerância de glicose diminuída, glicemia de jejum alterada, diabetes gestacional;
- Diagnóstico prévio de dislipidemia;
- Diagnóstico prévio de ovário policístico;
- Tabagismo;
- Obesidade (IMC > 30 kg/m²) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca > 88 cm em mulheres; > 102 cm em homens);
- Hipertensão (> 140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia;
- História de doença renal na família (para risco de insuficiência renal);

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Figura 1 - Fluxograma de classificação de risco cardiovascular



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

5.2.1- Avaliação clínica laboratorial

Para estimar mais precisamente o risco cardiovascular, utilizam-se os escores de predileção, recomenda-se o escore de Framingham, como referência. (BRASIL, 2006, p.19).

[...] essa determinação de risco exige a obtenção de pelo menos dois exames complementares: glicemia de jejum e colesterol total. A determinação do perfil lipídico completo, com dosagem de triglicérides, HDL-C e estimativa de LDL-C torna a predição um pouco mais precisa para a maioria dos pacientes. Havendo disponibilidade desses exames, em pacientes com fatores que sugerem risco mais elevado é recomendado o perfil completo.

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), para pacientes com HAS e DM, são solicitados também creatinina, exame de urina tipo I e eletrocardiograma, e ainda hemoglobina glicada e microalbuminúria para os diabéticos. Os indicativos de alto risco são as seguintes condições:

- Nefropatia (proteinúria > 300mg/dia ou 200mg proteína/g Cr urinária ou Cr > 1,5mg/dl para homens e 1,3mg\dl para mulheres ou Albuminúria > 30mg/24 horas ou 30mg/gr Cr urinária).
- Hipertrofia de ventrículo esquerdo ao eletrocardiograma ou ecocardiograma.
- Em pacientes com glicemia de jejum >100mg/dl e < que 126mg/dl com risco calculado pelo escore de Framingham moderado (entre 10 e 20% em 10 anos), recomenda-se rastreamento de DM por teste de tolerância à glicose.

5.2.2 - Escores de risco global

[...] as principais variáveis relacionadas com risco são: pressão arterial sistólica, tabagismo, colesterol total, HDL-C, LDL-C, intolerância à glicose, índice de massa corporal e idade. Na sua maioria ou em combinação, elas são incorporadas, em escores preditivos, globais como escore de risco de Framingham (BRASIL, 2006, p.20).

O cálculo do escore de Framingham é realizado em três etapas:

- Etapa um: são coletados dados como, idade, LDL-C, HDL-C, pressão arterial, diabetes e tabagismo.
- Etapa dois: é realizada a soma dos pontos de cada fator.
- Etapa três: é estimado o risco cardiovascular em 10 anos.

Quadro 08. Classificação de risco global, segundo Escore de Framingham

Categoria	Evento cardiovascular maior (ECV)
Baixo	<10%/ 10 anos
Moderado	10 a 20%/ 10 anos
Alto	>20%/ 10 anos

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Quadro 09. Lesões em órgãos- alvo e doenças cardiovasculares**Lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares**

Doenças cardíacas

Hipertrofia do ventrículo esquerdo

Angina do peito ou infarto agudo do miocárdio

Revascularização percutânea ou cirúrgica miocárdica prévia

Insuficiência cardíaca

Episódio isquêmico ou acidente cerebral vascular

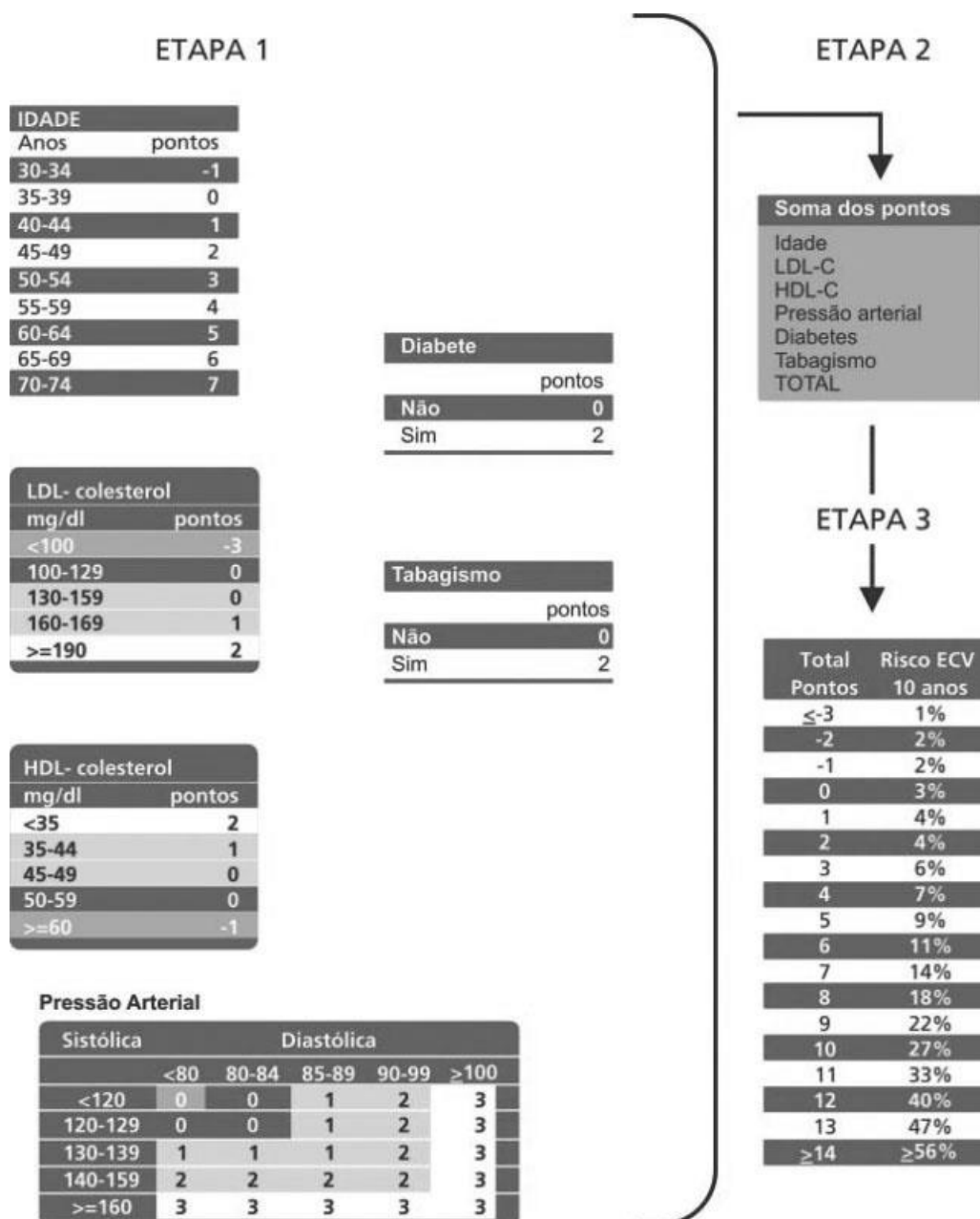
Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

A classificação do risco cardiovascular global individual dos pacientes em função do escore de risco pelo escore de Framingham e da presença de lesão em órgãos-alvo (Quadro 07 e 08) é:

- **Risco baixo:** quando é considerada a ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (< 10% ou 10 anos de ausência de lesões em órgãos alvo);
- **Risco moderado:** quando existe a presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10% a 20% em 10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo.
- **Risco alto:** presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco pelo escore de Framingham alto (>20% ano).

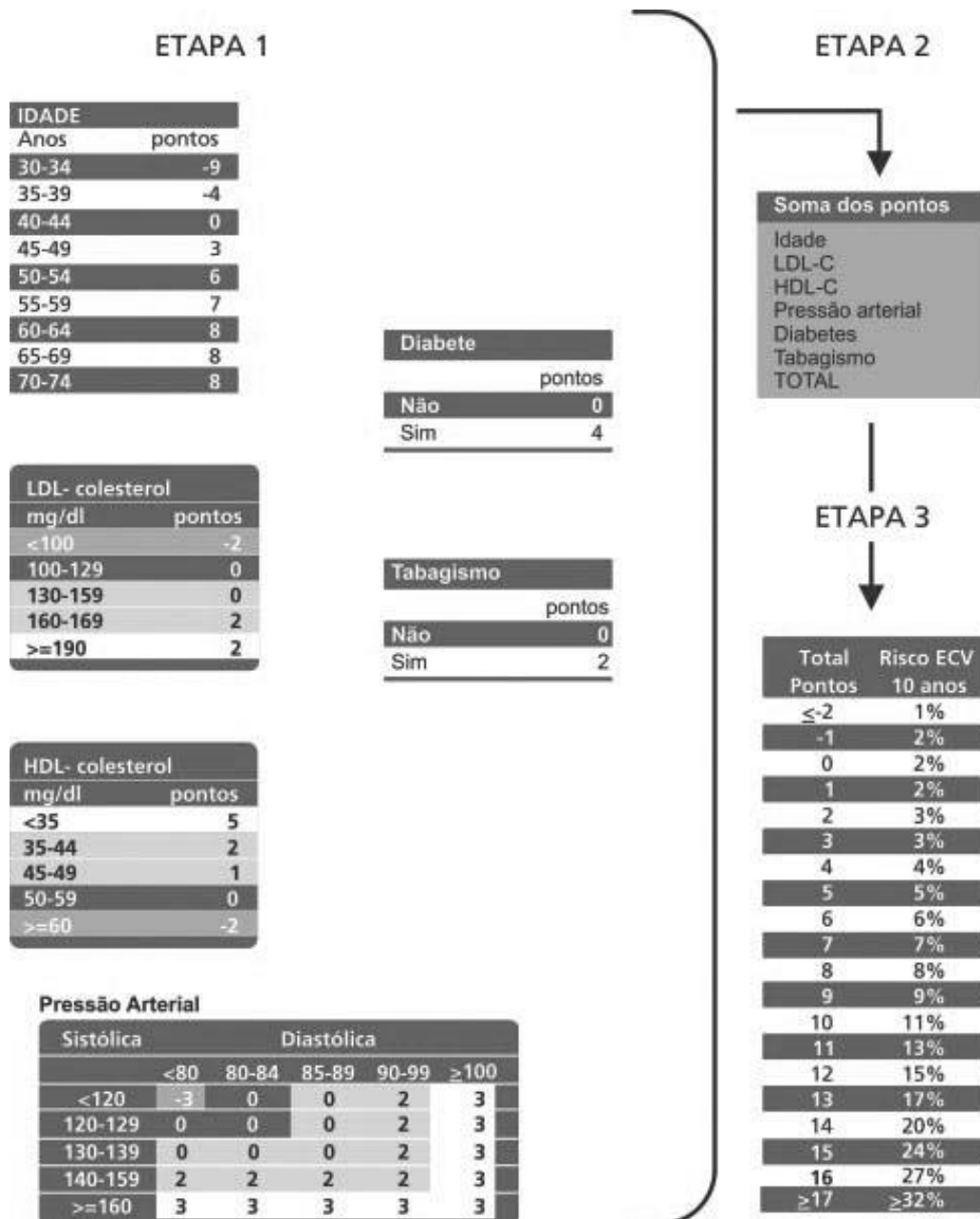
O cálculo do Escore de Framingham está descrito nas Figuras 2 e 3 para homens e mulheres, respectivamente.

Figura 02- Escore de Framingham revisado para homens.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 21).

Figura 03 - Escore de Framingham revisado para mulheres



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 22).

5.3- Intervenções recomendadas em prevenção cardiovascular

Após a classificação de risco são realizadas ações de planejamento para intervenções preventivas de acordo com o grau de risco individual.

Quadro 10 - Intervenções conforme grau de intensidade

Intensidade	Intervenções
Baixa	<p>Aconselhamento quanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fumo; – Nutrição: alimentação saudável; – Manutenção de peso e cintura; – Atividade física; – Ênfase em medidas não farmacológicas e diurético de baixa dose para hipertensão, vacinação anual em indivíduos > 60 anos.
Média	<p>Adicionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Intensificação de conselhos sobre estilos de vida; – Nutrição; – Dieta com características cardioprotetoras; – Considerar farmacoterapia contra tabagismo; – Considerar programa estruturado de atividade física; – Aspirina em baixa dose;
Alta	<p>Adicionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Intensificação de alvos de tratamento para hipertensão; – Estatinas; – Beta-bloqueadores para pacientes pós-infarto, angina, IECA para pacientes diabéticos e com DRC.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)

5.4 - Prevenção farmacológica

O fármaco que se mostrou mais efetivo na prevenção de distúrbios cardiovasculares foi o diurético tiazídico em doses baixas. Mostraram-se eficazes em um grande número de hipertensos em conjunto com inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), inclusive em pacientes que sofreram acidente vascular cerebral, e com níveis de pressão arteriais considerados normais. Os betabloqueadores reduzem o risco para mortalidade coronariana e total como para reinfarto, quanto administrados em pacientes com infarto prévio (BRASIL, 2006).

O uso de aspirina em dose baixa (100mg por dia) reduz a morbimortalidade cardiovascular de pacientes que apresentam cardiopatia isquêmica em suas manifestações agudas e crônicas, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica. O uso de aspirina em pacientes sem doença isquêmica manifesta, principalmente naqueles considerados de alto risco cardiovascular, também se mostrou benéfico (BRASIL, 2006).

[...] cabe ressaltar que o benefício deve ser balanceado com os efeitos adversos, associados a essa terapia, como AVCs hemorrágicos e hemorragias gastrintestinais. Em indivíduos de menor risco, principalmente em indivíduos jovens, o uso de aspirina é bastante questionável, uma vez que a redução de eventos cardiovasculares praticamente se equipara ao aumento de sangramentos maiores (BRASIL, 2006, p.37).

As estatinas são efetivas em reduzir os níveis séricos de colesterol e especialmente os eventos cardiovasculares maiores e mortalidade total. Fazem parte do arsenal terapêutico e preventivo para pacientes com alto risco cardiovascular (BRASIL, 2006).

A sinvastatina é a estatina de referência sendo preconizada dose única de 40mg diários, sendo idealmente administrada à noite (BRASIL, 2006).

Existe uma estreita ligação entre a influenza e a doença aterotrombótica, sugerindo que a vacinação contra esse agente infeccioso poderia exercer efeito protetor importante contra desfechos relevantes (BRASIL, 2006).

É reconhecido que a terapia hormonal com estrógenos está associada a um aumento na incidência de eventos isquêmicos cardiovasculares bem como de

tromboembolismo venoso e de neoplasia ginecológica. Não existe indicação para uso de terapia hormonal como medida de prevenção cardiovascular (BRASIL, 2006).

5.5 - Atribuições da Equipe de Saúde da Família na Prevenção dos Distúrbios cardiovasculares

O Ministério da Saúde definiu competências específicas para cada categoria profissional na prevenção das DCVs.

A equipe mínima de Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, devendo atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias e atendimento a hipertensão arterial e diabetes mellitus (BRASIL, 2006, p.47).

Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2006, p.47):

- Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- Identificar, na população em geral pessoas com fatores de risco para doença cardiovascular, ou seja: idade igual ou superior a 40 anos, vida sedentária, obesidade, hipertensão, colesterol elevado, mulheres que tiveram filhos com mais de 4 quilos ao nascer e pessoas que têm ou tiveram pais, irmãos e/ou outros parentes diretos com doença cardiovascular, doença renal ou diabetes;
- Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem de risco para doença cardiovascular;
- Encaminhar à unidade de Saúde para avaliação clínica adicional e exames laboratoriais, as pessoas com fatores de risco para doença cardiovascular, renal ou diabete.
- Verificar o comparecimento desses indivíduos às consultas agendadas na unidade de saúde e às consultas de retorno para mostrar os resultados de exames e acompanhamento periódico.
- Perguntar se o indivíduo está seguindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas, e naqueles hipertensos e ou diabético se está aderindo à terapia prescrita.
- Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de doenças cardiovasculares ou fatores de risco importantes, como tabagismo, obesidade, hipertensão, diabetes de cada membro da família.

Auxiliar de Enfermagem (BRASIL, 2006, p. 48):

- Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde.

- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira.
- Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes.
- Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados.
- Proceder as anotações devidas em ficha clínica.
- Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária.
- Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência.
- Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico.

Enfermeiro (BRASIL, 2006, p. 49):

- Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
- Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade;
- Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos;
- Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos com dislipidemia, tabagistas, obesos, hipertensos e diabéticos);
- Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
- Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;
- Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com comorbidades;
- Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais e do diabetes, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou comorbidades;
- Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidades;

Médico (BRASIL, 2006, p. 49):

- Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação de risco cardiovascular e renal global;
- Solicitar exames complementares, quando necessário;

- Prescrever tratamento não medicamentoso;
- Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso;
- Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente;
- Encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam doença cardiovascular instável, de início recente sem avaliação, hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva;
- Encaminhar à unidade de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos, para rastreamento de complicações crônicas, quando da necessidade de realizá-lo na unidade básica;
- Encaminhar à unidade de referência secundária os pacientes diabéticos com dificuldade de controle metabólico.
- Encaminhar à unidade de referência secundária os casos de dislipidemia grave que não responde a terapia não medicamentosa e farmacológica inicial;
- Perseguir, obstinadamente, os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia preprandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso, abstinência do fumo e atividade física regular).

5.6 - Modificações no estilo de vida e priorização de hábitos saudáveis

A proposta de estratégia global da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a promoção da alimentação saudável, atividade física e saúde sugere a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as doenças em todo o mundo por meio de medidas preventivas. Existem inúmeras intervenções protetoras vasculares e renais de benefício comprovado. Entre elas destacam-se adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, cessação do tabagismo, prática de atividade física regular, controle da pressão arterial, manejo das dislipidemias, manejo do diabetes com controle da glicemia e uso profilático de alguns fármacos (BRASIL, 2006).

Quadro 11 - Algumas modificações no estilo de vida, para redução do risco cardiovascular e da pressão arterial sistólica.

Modificação	Recomendação	Redução aproximada da HAS
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9)	5 a 20 mmHg para cada 10kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais 2g (5g de sal por dia)= no máximo 3 colheres de café	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30g dia de etanol para os homens e 15 g dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se a prática regular de atividade física aeróbica, como caminhada por, pelo menos 30 minutos por dia, 3 vezes por semana para prevenção e diariamente para tratamento.	4 a 9 mmHg
Associar abandono do tabagismo para redução do risco vascular		

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)

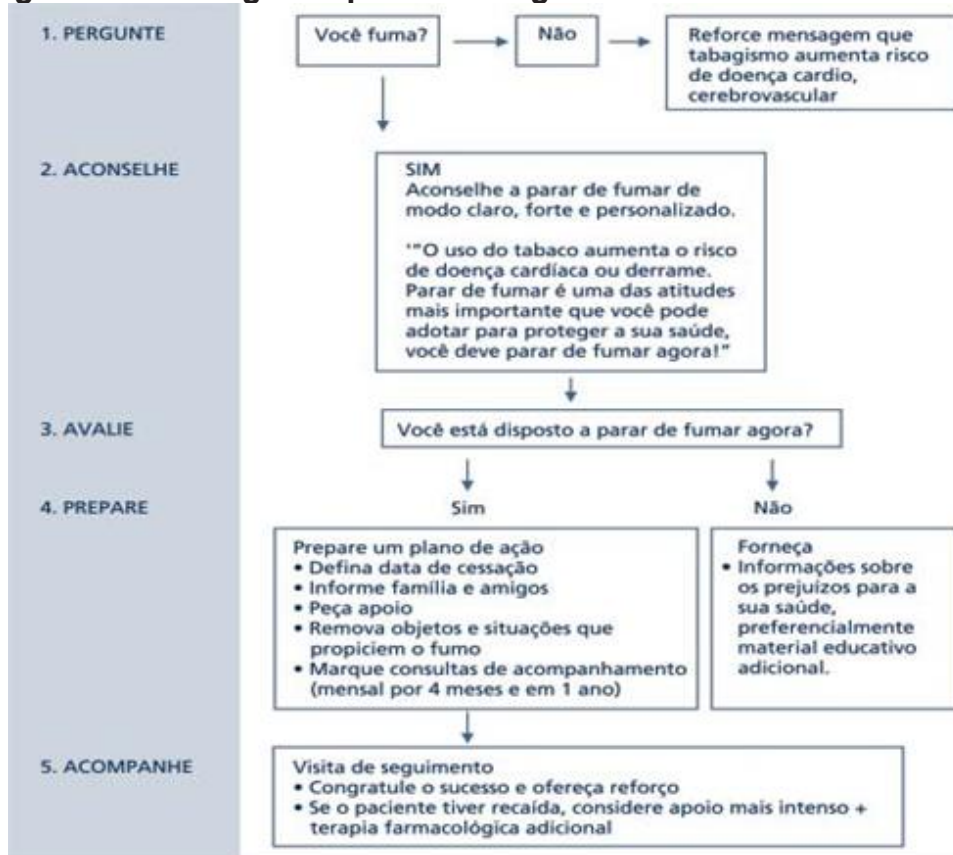
5.6.1.- Abandono do Tabagismo

A recomendação para abandono do tabagismo deve ser universal, sendo particularmente útil na prevenção de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal. Diversas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, inclusive o simples aconselhamento de parar de fumar, possuem benefício comprovado para efetivo abandono do tabagismo. (BRASIL, 2006, p.33)

O incentivo ao abandono do tabagismo deve ser prioridade de todos os profissionais de saúde. Em qualquer tempo, todas as ações dos que atuam na saúde pública ou privada, devem, incansavelmente, combater esse vício, uma vez que é ele o causador e agravador de tantas patologias que adoecem e matam a população mundial. Portanto, quando se trata da redução do risco de DCVs, este cuidado deve ser redobrado, tendo em vista que em qualquer tempo que o indivíduo venha a abandonar o tabagismo sua qualidade de vida será beneficiada. Mas não se trata de uma decisão fácil para o fumante, nem de uma tarefa simples para os profissionais de saúde.

Estudos mostram que 70% dos tabagistas desejam parar de fumar, porém somente 10% conseguem. Cerca de 60% pacientes de câncer continuam fumando após saberem do seu diagnóstico. A sensação após tragar um cigarro é similar à descrita pelos usuários de anfetamina, heroína, cocaína e crack. Ao diminuir 50% do consumo de nicotina é possível desencadear sintomas como: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono, aumento do apetite e alterações cognitivas. O tabagismo é uma doença e tem cura. Deve-se avaliar se o doente é dependente ou não da nicotina e quais são as formas de tratamentos mais acessíveis (MESSA, ZECHI E SGARBI, 2011, p.01).

Figura 04 - Fluxograma para abordagem ao fumante



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

A abordagem ao fumante será feita pelo médico ou pela enfermeira do PSF, que seguindo a orientação do fluxograma (Figura4), irão direcionar ou redirecionar a abordagem, de acordo com as respostas do paciente.

6 - ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

A equipe de Saúde da Família do PSF Lázaro Medeiros identificou algumas estratégias para redução do risco cardiovascular e suas complicações na população de sua área de abrangência:

- Estimular hábitos de vida saudável na comunidade:
 - Incentivar uma alimentação saudável;
 - Incentivar a prática de exercícios físicos regulares;
- Intensificar a atenção aos pacientes com IMC alto, hipertensão arterial, diabetes e com níveis de colesterol e triglicérides alterados;
- Aumentar o nível de informação da comunidade sobre o risco cardiovascular;
- Aumentar a informação sobre direitos sociais;
- Melhorar a estrutura do serviço de saúde;
- Incentivar o abandono e tratamento do tabagismo.

A equipe elaborou um Plano de Intervenção (Quadro 12), tendo por base essas estratégias de combate aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Quadro 12- Plano de intervenção da equipe do PSF Lázaro Medeiros.

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
<p>Saúde e vida</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida</p>	<p>Diminuir em 20% o número de tabagistas</p>	<p>Campanha educativa no rádio local orientando a população sobre os benefícios do abandono do tabagismo.</p> <p>Grupos para redução do Tabagismo</p>	<p>Apresentar o Projeto melhoria da qualidade de vida através de mudanças nos hábitos e estilos de vida</p> <p>Organizar um grupo de apoio aos tabagistas.</p>	<p>Enfermeira, Técnico em Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde.</p>	<p>3 meses para aprovação do projeto.</p> <p>1 ano para realização das atividades</p>
<p>Mexer pra valer</p> <p>Estimular a prática de atividade física</p>	<p>Diminuir em 10% o número de hipertensos de risco médio, alto e muito alto.</p> <p>Diminuir em 20% o número de pessoas com IMC acima de 25.</p>	<p>Campanha de estímulo a prática de atividades físicas</p> <p>Fortalecimento do grupo de caminhada</p>	<p>Programa de caminhada orientada.</p> <p>Apresentar o Projeto dos Benefícios da prática de exercícios físicos</p>	<p>Técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde</p>	<p>3 meses para aprovação do projeto, 4 meses para realização das atividades.</p>

<p>Comer bem</p> <p>Estimular uma alimentação saudável</p>	<p>Diminuir em 10% o número de Hipertensos com IMC acima de 25</p> <p>Diminuir em 10% o número de Hipertensos com Dislipidemia.</p> <p>Controle dos pacientes com Diabetes.</p> <p>Diminuir o número de pessoas sem complicações, porém que apresentam IMC acima de 25.</p> <p>Diminuir o número de obesos.</p>	<p>Programa merenda saudável. Oficinas sobre alimentação saudável</p> <p>Parcerias com profissionais especializados em reeducação alimentar e apoio psicológico.</p>	<p>Apresentar o Projeto sobre os benefícios da alimentação saudável</p> <p>Estabelecer parceria com nutricionista e psicólogo da atenção básica</p> <p>Estabelecer parcerias com grupos que trabalham a reeducação alimentar, como por exemplo, Vigilantes do Peso e outros.</p>	<p>Enfermeira, agentes comunitários de saúde e Nutricionista (voluntário)</p>	<p>3 meses para aprovação do projeto e 3 para realização das atividades</p> <p>3 meses para aprovação do projeto e 3 anos para realização das atividades</p>
<p>Informar para mudar</p>	<p>População mais informada sobre os riscos cardiovasculares</p>	<p>Capacitação dos ACS e de cuidadores de idosos.</p>	<p>Apresentar o Projeto para aumentar o nível de informação da população sobre o</p>	<p>Médico, Enfermeira e Agentes comunitários de saúde.</p>	<p>2 meses para aprovação do projeto e 6 meses para realização das atividades</p>

Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares		Campanhas educativas na rádio local, Programa de Saúde Escolar.	risco cardiovascular aumentado		
Estruturar para cuidar Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% dos diabéticos e hipertensos	Ampliação da Capacidade de pessoal, contratação de compra de exames e consultas especializadas, compra de medicamentos.	Apresentar o Projeto de estruturação da rede	Secretária de Saúde, Médico e Enfermeira	6 meses para aprovação do projeto, 4 meses para o início das atividades
Guias de cuidado Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contra referência	Cobertura de 80% da população com risco cardiovascular aumentado	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada, protocolos implantados, RH capacitados, regulação implantada, gestão da linha de cuidado implantada.	Apresentar o Projeto estruturando protocolos	Secretária de Saúde, Médico e Enfermeira	4 meses para aprovação do projeto, 3 meses para o início das atividades

6.1- Monitoramento do risco cardiovascular aumentado

O PSF Lázaro Medeiros desenvolveu uma planilha para monitoramento dos pacientes com risco cardiovascular aumentado. Este monitoramento se dará através das fichas A (cadastro da família), fichas B (hipertensos e diabéticos), prontuários, planilha de controle dos grupos de atividades físicas e visita domiciliar do ACS mensalmente. Desses registros e informações, serão coletados os dados que serão lançados, por paciente, em um livro de registro específico para o Plano de Intervenção. Posteriormente esses dados serão transformados em dados percentuais e lançados na planilha de monitoramento (Quadro 13). Este monitoramento se dará com o registro semestral e anual na planilha, ficando sob responsabilidade da enfermeira e da auxiliar de enfermagem.

QUADRO 13- Planilha de Monitoramento do Plano de Intervenção para diminuição das complicações do risco cardiovascular aumentado.

INDICADORES	MOMENTO ATUAL		6 MESES		1 ANO		RESPONSÁVEL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Hipertensos esperados							
Hipertensos cadastrados							
Hipertensos confirmados							
Hipertensos de risco alto e muito alto							
Hipertensos de risco médio							
Hipertensos acompanhados conforme protocolos							
Hipertensos controlados							
Hipertensos com IMC acima de 25							
Hipertensos com dislipidemia							
Hipertensos que realizaram exames conforme protocolo							

INDICADORES	MOMENTO ATUAL		6 MESES		1 ANO		RESPONSÁVEL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Diabéticos esperados							
Diabéticos cadastrados							
Diabéticos confirmados							
Diabéticos que realizaram exames conforme protocolo							
Diabéticos acompanhados conforme protocolo							
Diabéticos controlados							
Portadores de dislipidemia							
Sedentários sem complicações							
Sedentários com complicações							
Complicações de problemas cardiovasculares							
Internações por causas cardiovasculares							
Óbitos por causas cardiovasculares							
Obesos sem complicações							
Obesos com complicações							
Obesos com imc acima de 25							
Tabagistas sem complicações							
Tabagistas com complicações							
Grupos para aumentar o nível de informação da população sobre risco							
Grupos para hipertensos							
Grupos para diabéticos							
Grupos para tabagistas							
Grupos para reeducação alimentar							
Grupos para caminhada e práticas de exercícios físicos							

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão da literatura que justifica a proposta do Plano de Intervenção, a elaboração do mesmo, bem como a análise mais profunda do perfil da população atendida pelo PSF Lázaro Medeiros, conclui-se que se trata de uma ação que pode contribuir realmente para a redução do risco de DCVs. O Plano tem como principal enfoque a identificação antecipada dos fatores de risco cardiovascular na população atendida, especialmente naqueles indivíduos que já se encontram no grupo de risco, propondo avaliações clínicas e laboratoriais, diagnósticos especializados e mudanças nos hábitos e estilo de vida, visando diminuir as probabilidades de adoecimento e óbitos ligados à negligência dos referidos fatores.

Entre as modificações de hábitos propostas, o abandono do tabagismo merece destaque, uma vez que é um dos fatores que aumentam significativamente o risco cardiovascular. Para tanto, foram expostas estratégias de combate ao tabagismo como informação à população, incentivo ao abandono do vício, grupos de apoio aos que se decidirem pelo abandono, a possibilidade de tratamento farmacológico adicional, objetivando reduzir ao máximo o número de tabagistas. Ainda foram relacionadas formas de abordagem ao fumante pela equipe do PSF, a qual deve estar conscientizada sobre necessidade do combate constante ao tabagismo.

Por fim, conclui-se que as estratégias contidas no referido plano não são inviáveis ou utópicas, pois foram criadas levando-se em conta a precariedade da saúde pública brasileira. Contudo, para que o Plano alcance seu objetivo é preciso que todos os envolvidos no processo, administração pública, profissionais de saúde e sociedade, estejam dispostos a investir em recursos, serviços cooperação, a fim de se obter o resultado principal esperado em qualquer ação de saúde pública: a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso: março de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso: 17 jun.2012

_____.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1**. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf> Acesso em set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Diretrizes e Fundamentos**. Brasília. Ministério da Saúde, 1998. Disponível em : <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf> Acesso: junho de 2012

_____. Ministério da Saúde, Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. **Cadernos de Atenção Básica n.º 14, Série A. Normas e Manuais Técnicos**, Brasília, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab14>. Acesso em março de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso: 20 de set.2013.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=31&VMun=313350>. Acesso em 10 de maio de 2014.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>. Acesso: janeiro de 2014.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M. S; Maria S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 140p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1760.pdf>. Acesso: abril de 2014.

CZERESNIA, D.. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Julho de

2003. Disponível em <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAeyAIAD/acoes-promocao-saude>>. Acesso fevereiro de 2012.

FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. Curso de especialização em saúde da família. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2. ed. 68p.

FIGUEIREDO, E. N. de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos/Módulo Político Gestor**. Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf> Acesso: novembro de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa.php>>. Acesso em 13 de abril de 2014.

ITAPECERICA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**, 2011 (mimeo).

ITAPECERICA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Investimento**, 2010, 2011 (mimeo).

MESSA, L, ZECHI, A.R., SGARBI, C.R. A estratégia de saúde da família, Trabalhando no combate ao tabaco 2011. Disponível em: <<http://www.bancodesaude.com.br/user/5979/blog/estrategia-saude-familia-trabalhando-no-combate-ao-tabaco>>. Acesso em março de 2014.

PEREIRA, I. V. N. F. S. **Síndrome metabólica e risco cardiovascular**. Monografia-Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Coimbra 2010. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14666/1/S%C3%ADndrome%20metab%C3%B3lica%20e%20risco%20cardiovascular.pdf>>. Acesso em 25 de jul. 2013

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em 03 março de 2014.

SIQUEIRA, A.F.A.; ALMEIDA-PITITTO, B. de; FERREIRA, S.R.G. Doença cardiovascular no diabetes mellitus: análise dos fatores de risco clássicos e não clássicos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n2/14.pdf>> Acesso em: 21 de out. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95,p.1-51 2010. Suplemento 1. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>> Acesso em: 18 de maio de 2014.

VIANNA, L.A.C. **Processo Saúde-Doença. Módulo Político Gestor. Curso Estratégia de Saúde da Família.** Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Disponível em: <[www.unasus.unifesp.br/ biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_6.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_6.pdf)>. Acesso em agosto de 2012.

WIKIPÉDIA. Diabetes Mellitus. 2012. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus>. Acesso em 10 de maio de 2014.