

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Luan Souza Cajaiba

Avaliação do risco cardiovascular de acordo com o Escore de Framingham de hipertensos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde.

MACEIÓ/ ALAGOAS

2020

Luan Souza Cajaiba

Avaliação do risco cardiovascular de acordo com o Escore de Framingham de hipertensos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais/ Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Auxiliadora Damianne Pereira Vieira da Costa

MACEIÓ/ ALAGOAS
2020

Luan Souza Cajaiba

Avaliação do risco cardiovascular de acordo com o Escore de Framingham de hipertensos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde.

Banca examinadora

Professor (a): Auxiliadora Damianne Pereira Vieira da Costa (UFAL)

Professor (a). Nome -

Aprovado em Maceió, em – de ----- de 2020.

Dedico este trabalho ao meu filho, Davi, e minha mãe, Elisabeth, que mesmo distantes alguns quilômetros são os que me enchem de força e coragem, além de serem minha inspiração para que eu possa me torna um ser humano melhor a cada dia.

A todos os meus familiares e amigos que me incentivam diariamente e tanto se preocupam comigo, principalmente nesse período de pandemia, no qual assumimos muitos riscos para cuidar das pessoas.

Sou muito grato a Deus por toda trajetória até aqui percorrida e tenho certeza que Ele ainda reserva algo melhor para minha vida.

“A beleza das coisas existe no espírito de quem as contempla.”

(David Hume)

Resumo

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil. Com isso, resolveu-se identificar e avaliar o risco cardiovascular para elaborar um plano de intervenção a fim de reduzir a morbimortalidade dos pacientes hipertensos assistidos pela Unidade Básica de Saúde Adailton Barbosa, no município de São Miguel dos Campos, Alagoas. Foram coletados dados como sexo, idade, colesterol LDL e HDL, pressão arterial, diabetes e tabagismo e estratificados em baixo, moderado e alto risco, de acordo com o Escore de Framingham. A amostra foi composta por 59 indivíduos, sendo 73% do sexo feminino, com média de idade de 57,8 anos. Diabetes foi registrado em 52,5 % dos indivíduos e tabagismo em 55,9%. O HDL colesterol esteve alterado em 66,1% da amostra e o LDL colesterol alterado em 15,2%. O risco cardiovascular calculado foi 31% baixo, 37% moderado e 32% alto risco. O plano de intervenção foi realizado com o grupo de indivíduos com moderado e alto grau de risco, com participação de profissionais de saúde de diversas áreas. Portanto, os resultados obtidos alertam para a importância do tema e a necessidade de ações para promover uma redução da morbimortalidade da população.

Abstract

Cardiovascular diseases are the main causes of death in women and men in Brazil. Thus, it is decided to identify and assess cardiovascular risk to develop an intervention plan to reduce the morbidity and mortality of hypertensive patients assisted by the Basic Health Unit Adailton Barbosa, in the municipality of São Miguel dos Campos, Alagoas. Data such as sex, age, LDL and HDL cholesterol, blood pressure, diabetes and smoking were collected and stratified as low, moderate and high risk, according to the Framingham score. The sample consisted of 59 individuals, 73% were female, with a mean age of 57.8 years. Diabetes was registered in 52.5% of cases and smoking in 55.9%. HDL cholesterol was identified not normal in 66.1% of the sample and LDL cholesterol was in 15.2%. The calculated cardiovascular risk was 31% low, 37% moderate and 32% high risk. The intervention plan was carried out with the group of individuals with moderate and high degree of risk, with the participation of health professionals from different areas. Therefore, the results obtained warn of the importance of the theme and the need for actions to promote a reduction in the population's morbidity and mortality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 Aspectos da comunidade	11
1.3 O sistema municipal de saúde	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde Adailton Barbosa	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família Nova São Miguel, da Unidade Básica de Saúde Adailton Barbosa	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Nova São Miguel	12
1.7 O dia a dia da equipe Nova São Miguel	13
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	13
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos	15
4 Metodologia	16
5 Referencial teórico	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	20
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	20

6.2 Explicação do problema (quarto passo)	20
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	20
6.4 Desenho das operações	21
7 Resultados e discussões	24
7.1 Prevalência de RCV na população do estudo	25
7.2 A primeira reunião	26
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
9 REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

São Miguel dos Campos é um município do leste alagoano com população estimada de 60.775 pessoas (estimativa pelo IBGE para o ano de 2018), distante cerca de 60 km da capital do Estado. A cidade teve um aumento na taxa de crescimento da população urbana, em detrimento da rural, devido sua vocação comercial e, principalmente, as indústrias locais, como uma grande usina de álcool e açúcar, fábrica de cimento, além de possuir seis campos produtores de petróleo e gás.

A cidade teve um PIB total de aproximadamente R\$ 1.030.071.000, tendo como PIB per capita R\$ 17.015, em 2015. O salário médio mensal, segundo IBGE em 2016, foi de 2,1 salários mínimos. No entanto, a proporção de pessoas ocupadas em relação a população total é de apenas 16,5% e 45,9% da população vive com até meio salário mínimo (IBGE, 2016).

A taxa de escolarização de 6 a 14 anos é de 96,6%. Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.5 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.3. Apesar do notável aumento da escolarização, o índice de analfabetismo entre adultos ainda é elevado quando comparado a outras cidades.

O município tem por tradição a Taieira, uma dança folclórica própria do local, e a Feira de Ponte, uma tradicional feira realizada na época da semana santa.

De acordo com o IBGE, em 2010 cerca de 60% do município possuía cobertura de esgotamento sanitário. A cidade possui 18 equipes de saúde da família, cobrindo a totalidade da população, um centro de especialidades médicas, além de dispor de uma Unidade de Pronto Atendimento e um Hospital e Maternidade (Santa Casa de Misericórdia), o que faz do município referência em saúde para cidades vizinhas.

1.2 Aspectos da comunidade

A comunidade é composta por 3 bairros, Nova São Miguel, Valdemar Cavalcante e Coité de Cima, totalizando 2500 pessoas cadastradas. É localizado na parte alta do município, e formou-se principalmente de indivíduos que saíram da vida no campo em busca de melhores condições e emprego na cidade, bem como, trabalhadores de outras regiões próximas que migraram para São Miguel dos Campos devido ao fechamento de postos de trabalho em usinas de álcool e açúcar da região.

Como a maior parte da população é do campo, o nível educacional é baixo, tendo o índice de analfabetismo alto entre os adultos. Conseqüentemente, o desemprego também é um problema para a comunidade. Grande parte das

famílias recebem auxílios do governo e muitas delas sobrevivem somente com os subsídios.

A estrutura de saneamento básico é razoável abrangendo cerca de 60% da comunidade, no entanto, os agravos de saúde ligados ao saneamento ainda são parte importante da procura por atendimento médico.

A comunidade carece de uma creche, mas possui uma escola de ensino básico e uma ONG (Projeto Novos Horizontes), a qual inclui atividades paralelas às escolas, como capoeira, aula de música, etc. Uma associação de moradores ainda está sendo implantada com objetivo de maior organização sócio-política e de representatividade da comunidade.

1.3 O sistema municipal de saúde

O município dispõe de 18 equipes de Saúde da Família, um centro especializado em atendimento médico das especialidades, uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e um Hospital e Maternidade, Santa Casa de Misericórdia, o que faz do município referência em saúde para as cidades vizinhas.

São Miguel dos campos também possui um Centro de Abastecimento Farmacêutico e uma unidade de Vigilância em Saúde. Desde 2014 participa do Consórcio Intermunicipal do Sul do Estado de Alagoas (CONISUL), o qual dispõe de sete hospitais, 13 laboratórios, quatro clínicas e dois centros de imagem, que dão suporte às demandas da região.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Adailton Barbosa

A unidade de saúde foi inaugurada há cerca de 5 anos e tem estrutura adequada. Abriga duas equipes de saúde, a Nova São Miguel e a Hélio 1.

Possui uma ampla recepção, consultórios médicos e 3 consultórios de enfermagem com banheiros, bem como uma ampla sala para odontologia, com capacidade para três equipes de saúde bucal, mas infelizmente até o momento somente uma equipe trabalha no local. A unidade ainda dispõe de um amplo auditório, no qual são realizados reuniões com a equipe e grupos operativos, sala de vacina, sala de pré-consulta, sala para curativos, sala para esterilização de materiais e gazes, farmácia, copa e banheiro para usuários e funcionários separados.

Além de boa estrutura física, a unidade possui todos os materiais necessários para uma assistência básica à população, como esfigmomanômetros, glicosímetros, materiais para realização de curativos, entre outros. Bem como, distribui alguns medicamentos para a população, em especial para hipertensão e diabetes.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Nova São Miguel, da Unidade Básica de Saúde Adailton Barbosa

A equipe de saúde é composta por um médico, uma enfermeira e um dentista, além de uma recepcionista, duas técnicas de enfermagem e sete agente comunitários de saúde.

O processo de trabalho é relativamente complexo, uma vez que deve ser muito bem articuladas e integradas as ações de todos da equipe. Para isso, a enfermeira exerce um papel importante de intermediar as relações e informações entre a equipe, facilitando a gestão do trabalho e a harmonia no ambiente.

Todos os profissionais prezam, principalmente, pelo acolhimento de cada membro da comunidade, buscando entender as relações sociais e o contexto em que o indivíduo está inserido. Isso é facilitado em parte porque os agentes comunitários de saúde são também moradores das comunidades atendidas.

A equipe também permite que a população participe do processo de construção de ações e, até mesmo, da montagem de cronogramas de atendimento através de sugestões. Isso promove uma maior legitimidade da equipe com a participação de todos.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Nova São Miguel

A unidade tem horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 horas. A recepção é onde faz o acolhimento inicial e marca consultas com médico, enfermeira e dentista, é a partir da recepção também que os paciente são encaminhados para pré-consulta, onde é realizado aferição de pressão arterial, glicemia capilar e temperatura corporal. A partir disso, os pacientes são direcionados para às consultas.

O atendimento médico é realizado de segunda a quinta-feira de acordo com os grupos prioritários, como hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças, e também são reservadas vagas diárias para atendimento de demanda espontânea, além de serem realizadas visitas domiciliares em um turno da semana.

A unidade também dispõe de vacinação para a população, bem como realização de citologia pela enfermeira e diversos procedimentos odontológicos.

1.7 O dia a dia da equipe Nova São Miguel

A maior parte do tempo da equipe é direcionada ao atendimento, através de consultas, à população. No entanto, são realizados grupos operativos a cada 15 dias, bem como palestras, de acordo com o tema do mês, e salas de espera.

O atendimento médico é direcionado principalmente a públicos alvos, como hipertensos e diabéticos, gestantes, crianças, saúde da mulher, entretanto, é disponibilizada todos os dias vagas para demanda espontânea.

Os agentes de saúde cumprem o seu papel de estar junto à comunidade e trazem para os outros profissionais as demandas geradas pela população.

A enfermeira realiza consultas de enfermagem, puericultura e, dentre outras, realiza exame de citologia de acordo com a demanda espontânea.

Nosso dentista realiza uma série de procedimentos odontológicos melhorando a qualidade da saúde bucal na comunidade. Enfim, a equipe trabalha de forma integrada, sempre tentando dialogar e chegar a um melhor consenso para a população.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Os principais problemas de saúde da comunidade são Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Cardiopatias diversas, patologias ginecológicas e oftalmológicas, além de problemas relacionados à falta de saneamento básico e higiene pessoal, como verminoses e afecções dentais.

Uma das preocupações constantes é o número cada vez maior de pacientes que dão entrada nas unidades de pronto atendimento devido problemas cardiovasculares. Além disso, atualmente vive-se um problema importante relacionado ao território que é a falta de informação das famílias cadastradas, o que dificulta o planejamento de ações pela equipe de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil. São responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos (Mansur *et al*, 2011). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, estima-se que no ano de 2017 foram 383.961 mortes por doenças cardiovasculares. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019).

O interesse em avaliar o risco cardiovascular (RCV) da comunidade assistida pela equipe de saúde Nova São Miguel se deu a partir da identificação do número de hipertensos, 210, e diabéticos, 65, tendo em vista que grande parte desses pacientes não aderem de forma satisfatória aos tratamentos propostos, medicamentosos ou não. Isso gera a necessidade de promover ações em prol da redução dos fatores de risco cardiovascular nessa população.

Justifica-se realizar esse projeto de intervenção pois o número de pacientes assistidos pela Unidade Básica de Saúde Adailton Barbosa que sofreram acidente vascular encefálico tem aumentado no último ano, segundo a observação da equipe, e de acordo com o aumento de internações por este motivo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção a fim de reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares nos pacientes hipertensos assistidos na Unidade Básica de Saúde Adailton Barbosa.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco cardiovasculares de acordo com Escore de Framingham (EF) nos pacientes assistidos;
- Avaliar o risco de doenças cardiovasculares nos pacientes hipertensos.
- Orientar a comunidade a respeito dos fatores de risco cardiovasculares que podem ser modificados;
- Criar um grupo operativo incluindo os indivíduos com maior risco de doenças cardiovasculares.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado em duas etapas, a primeira, foi a fase de conhecimento do tema proposto, como este poderia se adequar à comunidade e a coleta de dados e estratificação de RCV. A segunda etapa foi a realização do plano de intervenção com os indivíduos selecionados.

Inicialmente, foi realizada uma revisão bibliográfica em periódicos nacionais indexados, nas plataformas Scielo, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde, a fim de buscar evidências sobre o tema proposto. Foram usados os seguintes descritores: “fatores de risco cardiovascular”, “saúde da família”, “critérios de Framingham”, “escore de Framingham”, “atenção básica” e “doenças cardiovasculares”.

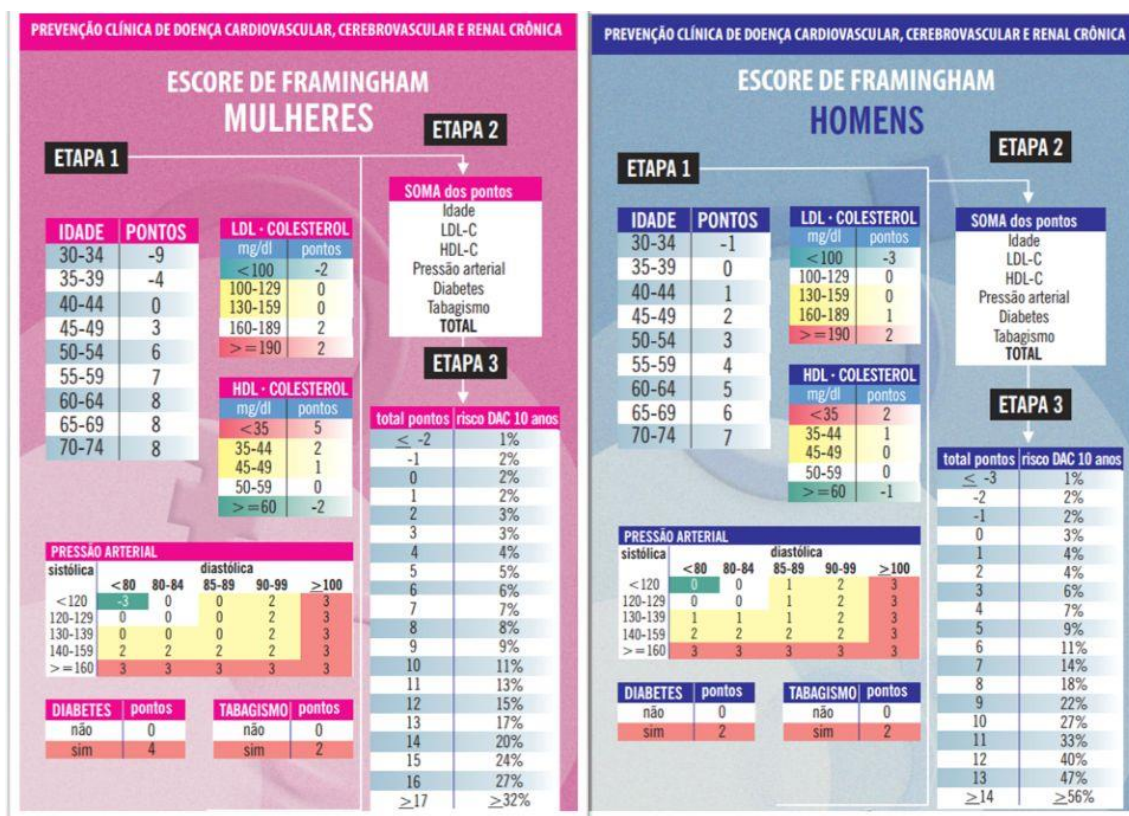
Após essa pesquisa, foram coletados os dados dos pacientes a partir dos prontuários e alguma informação que não constava nos registros foi colhida durante a consulta médica ou ainda via intermédio dos agentes comunitários de saúde que visitavam o domicílio da pessoa selecionada para o estudo.

Foram incluídos pacientes com idade entre 30 e 74 anos, com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica e que possuíam exames laboratoriais com até um ano de realização registrados no prontuário ou que pudesse entregá-los ao agente de saúde. Sendo assim, foram analisadas 65 pessoas, no entanto seis delas foram excluídas do estudo devido à idade, totalizando 59 indivíduos de ambos os sexos.

A partir disso, realizou-se uma tabulação para classificação dos pacientes de acordo com o escore de Framingham. Esse escore permite que os pacientes sejam estratificados quanto ao risco de indivíduos, entre 30 e 74 anos, desenvolverem, nos próximos 10 anos, um evento cardiovascular maior, que inclui o infarto agudo do miocárdio ou morte por determinada causa cardiovascular.

Os preditores de risco são: sexo; idade; LDL colesterol; HDL colesterol; pressão arterial; diabetes e tabagismo. A cada variável é atribuída uma pontuação, variável de acordo com o sexo, sendo possível determinar o RCV em baixo (<10%), moderado (10 a 20%) e alto (>20%), como demonstrado na figura abaixo.

Figura 1. Pontuação para cada preditor de risco de acordo com escore de Framingham



FONTE : Brasil. Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica nº 29, 2010.

A segunda etapa do trabalho consiste na criação de um grupo de reuniões com os pacientes estratificados com RCV moderado e alto com objetivo de redução do risco cardiovascular e melhoria da qualidade de vida, com apoio de outros profissionais da área de saúde, como educador físico, nutricionista e outros, com intuito de facilitar o trabalho para reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Antigamente era comum se pensar de forma estanque ou em caixinhas de problemas e tratar os pacientes por patologias isoladas, porém a realidade nos mostra a relação imbricada com que muitos fatores se inter-relacionam. Muitas das chamadas doenças que tratamos, na verdade, estão perdendo esse status para serem reclassificadas como fatores de risco (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, as doenças cardiovasculares têm destaque, pois são as que mais acometem a população e possuem uma série de fatores de risco. Segundo dados do Ministério da Saúde, a doença cardíaca isquêmica e o acidente cérebro vascular continuam dominando as causas de morte no Brasil (BRASIL, 2018).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, no ano de 2017 estima-se que houve 383.961 mortes por doenças cardiovasculares no Brasil. E desde 2004 segue crescente a morbimortalidade relacionada a essas afecções (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

Identificar os preditores de RCV e estratificar os pacientes para um melhor manejo clínico e redução das complicações faz-se necessário. O RCV global deve ser avaliado em cada indivíduo hipertenso, pois auxilia na decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica.

Existem instrumentos que nos auxiliam a obter essa estimativa de risco com maior precisão. O mais conhecido é o EF, resultado de um grande estudo de coorte que avaliou variáveis importantes para a estimativa de risco cardiovascular (DAWBER ET AL, 1951). O Ministério da Saúde propõe a utilização da estratificação para definir o prognóstico e a conduta na abordagem do hipertenso na atenção primária, recomendando a adoção do EF, que tem sido testado com sucesso em várias populações (BRASIL, 2010). Trata-se de uma escala que busca estimar o risco de um evento cardiovascular para o paciente, a partir de algumas variáveis (PIMENTA, 2014).

As variáveis analisadas são: sexo; idade; LDL colesterol; HDL colesterol; pressão arterial, diabetes e tabagismo. A cada uma delas é atribuída uma pontuação (figura 1) e o somatório desta é possível estimar o RCV.

Inicialmente, para determinar o RCV, deve-se classificar o paciente segundo seus fatores de risco, podendo fazer parte de um dos três grupos abaixo:

1. Se o paciente apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o RCV, pois ele é considerado como baixo risco CV e terá menos que 10% de chance de morrer por acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) nos próximos 10 anos.
2. Se apresentar ao menos um fator de risco alto CV, não há necessidade de calcular o RCV, pois esse paciente é considerado como alto risco CV e terá chance maior ou igual a 20% de morrer por acidente vascular cerebral (AVC) ou Infarto agudo do miocárdio (IAM) nos próximos 10 anos.

3. Se apresentar mais do que um fator de risco baixo/intermediário, há necessidade de calcular o RCV, pois esse paciente pode mudar para baixo, para alto ou permanecer como risco intermediário (Brasil, 2010).

Para uma prevenção adequada da doença cardiovascular é necessária uma boa estratificação do risco e real controle dos fatores predisponentes. Várias diretrizes foram publicadas na tentativa de prevenir a doença cardiovascular e devem ser seguidas (PRECOMA, 2019; DONNA, 2019). É mandatório que se controle a pressão arterial e o colesterol agressivamente. O tabagismo também deve ser combatido de forma agressiva. A prevenção e o tratamento do excesso de peso, da síndrome metabólica e do DM, por intermédio de alimentação adequada e exercício físico, também têm papel extremamente importante. Sem dúvida, a prevenção da aterosclerose passa por um processo de educação de médicos e de pacientes (SANTOS, 2002).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta de intervenção refere-se à criação de uma medida de enfrentamento, como um grupo operativo, para redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, a partir da identificação de fatores de risco e estratificação de cada indivíduo hipertenso, de acordo com o escore de Framingham.

A intenção é que possamos promover ações a fim de alertar a população alvo sobre os fatores que podem ser evitados ou minimizados e que cada um tome consciência da realidade que está inserido quanto às doenças crônicas. Talvez através disso, consigamos uma melhor adesão aos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos propostos.

6.1 Descrição do problema

Atualmente, a equipe de saúde dá assistência a cerca de 210 hipertensos e muitos destes, mesmo com tratamento proposto, estão com níveis pressóricos acima do esperado. Tendo em vista o exposto, faz-se necessário a identificação dos fatores de risco cardiovascular. Os preditores de risco abordados nesse projeto são os mais conhecidos mundialmente e comprovada a importância que estes exercem na morbidade e mortalidade quando se fala em doenças cardiovasculares.

Os principais fatores de risco que pretende-se avaliar na população de estudo são: Idade; sexo; níveis de colesterol; pressão arterial; Diabetes Mellitus; tabagismo, dentre outros.

6.2 Explicação do problema selecionado

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causa de morte em todo mundo. Identificar os fatores causadores de tais patologias é de extrema importância para minimizar os efeitos destas e melhorar a qualidade de vida da população. Nesse sentido propõe-se identificar os fatores de risco cardiovasculares e promover ações para maior conscientização da comunidade a respeito desse problema.

6.3 Seleção dos nós críticos

A equipe de saúde da UBS Adailton Barbosa sempre teve como meta o acompanhamento e melhor controle possível das afecções crônicas da comunidade. No entanto, no último ano foi observado um aumento do número de internações e procura por serviços de urgência devido a doenças cardiovasculares, como infarto e acidente vascular encefálico, em decorrência, principalmente, do descontrole das doenças crônicas.

Uma análise simples da comunidade fez perceber que a maioria dos pacientes com hipertensão e diabetes não estavam tendo uma adesão adequada ao tratamento proposto. Além disso, a localidade carece de espaços que estimulem hábitos saudáveis de vida, como espaços para realizar exercícios físicos.

Identificar os preditores de RCV e estratificar os pacientes para um melhor manejo clínico e redução das complicações faz-se necessário. O RCV global deve ser avaliado em cada indivíduo hipertenso, pois auxilia na decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica. Identificar os hipertensos com grande possibilidade de complicações é extremamente importante para que a equipe de saúde possa agir de forma eficaz (MALACHIAS, 2016).

A equipe de saúde da UBS Adailton Barbosa sempre teve como meta o acompanhamento e melhor controle possível das afecções crônicas da comunidade. No entanto, no último ano foi observado um aumento do número de internações e procura por serviços de urgência devido a doenças cardiovasculares, como infarto e acidente vascular encefálico, em decorrência, principalmente, do descontrole das doenças crônicas.

Uma análise simples da comunidade fez perceber que a maioria dos pacientes com hipertensão e diabetes não estavam tendo uma adesão adequada ao tratamento proposto. Além disso, a localidade carece de espaços que estimulem hábitos saudáveis de vida, como espaços para realizar exercícios físicos.

Isso chama atenção da equipe e força a pensar em ações para identificação e enfrentamento dos principais fatores de risco daquela população e, conseqüentemente, promovendo uma melhoria da qualidade de vida local e redução da morbimortalidade.

6.4 Desenho das operações

Foi realizado um levantamento dos nós críticos de acordo com o tema estabelecido, e dando direcionamento ao que se propôs realizar, foram selecionados dois problemas para que a equipe pudesse estudar as possibilidades e traçar caminhos para resolução destes, mostrados nos quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Alto índice de eventos cardiovasculares na população e descontrolado das doenças crônicas associadas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nova São Miguel, do município de São Miguel dos Campos, estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Alto índice de eventos cardiovasculares na população e descontrolado das doenças crônicas associadas.
Operação (operações)	Identificação e estratificação dos fatores de risco cardiovascular na população estudada.
Projeto	Viva mais saudável
Resultados esperados	Identificar os preditores de risco cardiovascular de cada indivíduo estudado.
Produtos esperados	Estimular a redução do risco de acometimento por doenças cardiovasculares.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais de saúde para coleta de dados nos prontuários e entrevista com as pessoas. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema proposto. Político: Mobilização da população.
Recursos críticos	Cognitivo: Capacitação dos profissionais de saúde.
Controle dos recursos críticos	Controle realizado pelo médico idealizador e situação favorável junto à equipe de saúde.
Ações estratégicas	Levantamento de dados dos prontuários e diretamente com os pacientes.
Prazo	12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenais com a equipe para avaliação e andamento das ações.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Estimular a redução dos fatores de risco cardiovascular e melhoria da qualidade de vida local”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nova São Miguel, do município São Miguel dos Campos, estado de Alagoas.

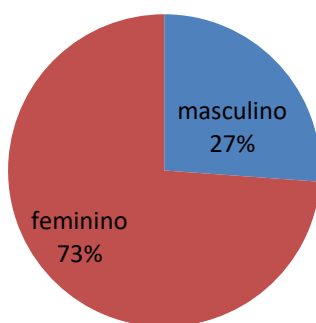
Nó crítico 2	Estimular a redução dos fatores de risco cardiovascular e melhoria da qualidade de vida local.
Operação (operações)	Implementar grupos operativos com os comunitários, com participação de profissionais de saúde.
Projeto	Meu coração melhor
Resultados esperados	Criar grupos de educação em saúde permanente na unidade de saúde para indivíduos com fatores de risco cardiovascular.
Produtos esperados	Promover reuniões quinzenais para estímulo a redução de fatores de risco e melhoria dos hábitos de vida.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais de saúde de todas as áreas. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Financeiro: Recurso para material gráfico. Político: Mobilização dos comunitários envolvidos.
Recursos críticos	Estrutural: Adesão de outros profissionais de saúde ao proposto. Cognitivo: Estímulo aos profissionais para se dedicar mais ao assunto. Político: Adesão dos comunitários.
Controle dos recursos críticos	Controle exercido pela equipe de saúde, sendo totalmente favorável às implementações necessárias à comunidade local.
Ações estratégicas	Convite individual para os comunitários com alto risco cardiovascular para participação dos grupos.
Prazo	12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões com equipe de saúde para avaliar o andamento das ações propostas.

7 Resultados e discussões

7.1 Prevalência de RCV na população do estudo

A amostra foi composta de 59 indivíduos, todos assistidos pela equipe de saúde da família da UBS Adailton Barbosa, sendo 73% (n= 43) pertencentes ao sexo feminino e 27% (n= 16) masculino, como mostrado no gráfico 1. Essa disparidade entre os representantes dos sexos também é observada em outros estudos de prevalência (VIEBIG, 2006; ARAUJO, 2007; SAMPAIO, 2010). Isso pode ser explicado pela maior procura às unidades de saúde por parte do sexo feminino ou ainda o fato do horário de trabalho coincidir com o funcionamento da unidade. O que se percebe na UBS deste estudo, é que as mulheres procuram muito mais a unidade e preocupam-se mais com os cuidados e orientações com a saúde.

Gráfico 1. Percentual quanto ao sexo na população estudada.



Fonte: Elaboração própria, 2020.

A média da idade dos participantes foi de 57,8 anos. Todos os analisados já possuíam o diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica e estavam em tratamento, mesmo que com adesão inadequada. Os indivíduos diabéticos representaram 52,5% (n=31), tendo uma predominância destes no grupo de alto risco cardiovascular (n=16). Os pacientes com história de tabagismo totalizaram 55,9% (n= 33) da amostra, deste total, 45,5% (n= 15) estão no grupo de alto risco para doenças cardiovasculares.

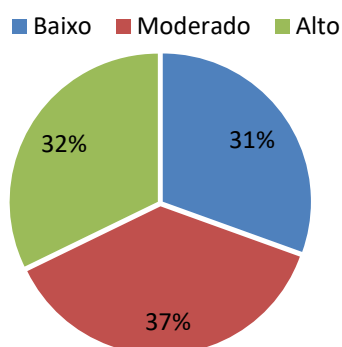
O HDL colesterol esteve alterado em 66,1% (n=39) das pessoas, tendo destaque no grupo de moderado (n=15) e alto risco (n=15). O LDL colesterol também foi avaliado, estando alterado em 15,2% (n=9) dos estudados, tendo uma maior prevalência no grupo de alto risco (n=5). Foram considerados valores alterados de HDL aqueles menores ou iguais a 49 mg/dL para mulheres e 44mg/dL para homens e para LDL, valores maiores ou iguais a 160 mg/dL para ambos os sexos.

Tabela 1. Análise das variáveis do escore de Framingham de acordo com o risco apresentado. São Miguel dos Campos, Alagoas. 2020.

Risco cardiovascular	Baixo		Moderado		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Masculino	4	25	7	43,7	5	31,3	16	27
Feminino	14	32,5	15	35	14	32,5	43	73
Diabetes	4	12,9	11	35,5	16	51,6	31	52,5
HDL alterado	9	23	15	38,5	15	38,5	39	66,1
LDL alterado	2	22,2	2	22,2	5	55,6	9	15,2
Tabagismo	4	12,1	14	42,4	15	45,5	33	55,9

A partir dos dados extraídos dos prontuários e coletados diretamente com os pacientes foi possível identificar os fatores de risco e pontuá-los de acordo com o EF. Das pessoas analisadas, 31% (n= 18) apresentavam baixo risco de desenvolver um evento cardiovascular em 10 anos, 37% (n=22) apresentaram risco moderado e 32% (n= 19) alto risco. Esses dados chamam a atenção, pois em comparação com outros estudos, o percentual de indivíduos com risco moderado e alto é maior (LANDIM, 2006; SAMPAIO, 2010). Isso pode ser atribuído a maioria dos participantes (n=38) possuir idade igual ou superior a 55 anos. Assim como em outros estudos, o aumento da idade teve relação direta com o aumento do RCV.

Gráfico 2. Risco cardiovascular de acordo com Escore de Framingham na população estudada.



Fonte: Elaboração própria, 2020.

7.2 A primeira reunião

Com base em todo estudo, e considerando que maior parte da população estudada possui um grau elevado de ter um evento cardiovascular nos próximos 10 anos, de acordo com o EF, decidiu-se então implementar de imediato um grupo com os pacientes de moderado e alto risco.

A intenção é que o grupo aconteça quinzenalmente na Unidade Básica de Saúde, com a presença dos profissionais da equipe e mais profissionais convidados a fim de reforçar as medidas comportamentais e nutricionais para melhoria da qualidade de vida e redução dos fatores que podem agregar maior risco à saúde cardiovascular.

O primeiro encontro aconteceu no mês de janeiro e teve um papel norteador para os próximos, uma vez que foi possível avaliar como a comunidade reagiu à nova experiência. Houve uma boa aceitação ao convite por parte da população e excelente adesão à atividade proposta. O fato de ter outros profissionais, além dos já alocados na unidade de saúde, também envolvidos, foi um fator determinante para a grande participação de todos os comunitários selecionados.

Segue foto abaixo do primeiro encontro realizado.

Figura 2. Foto do primeiro encontro visando melhoria da qualidade de vida e redução do risco cardiovascular da população assistida pela UBS Adailton Barbosa. Janeiro, 2020.



8 Considerações finais

Os resultados obtidos a partir da análise dessa população alerta para a importância da avaliação do risco cardiovascular, por meio da estratificação com o escore de Framingham. Isso permite delinear ações a fim de promover redução do RCV da população, reduzindo as complicações por eventos cardiovasculares.

O fato de maior parte da população estudada estar na faixa de risco moderado a alto gera uma atenção maior por parte da equipe de saúde e uma necessidade crescente de um acompanhamento mais próximo da situação. Os grupos operativos criados leva à comunidade uma alternativa para enfrentamento do problema, mas é necessário que a população entenda essa importância e tenha uma maior adesão às ações propostas.

A boa aceitação do grupo de reuniões estimulou a equipe no planejamento de novas intervenções. Isso facilitará a regularidade das reuniões, proposta para acontecer quinzenalmente, e contribuirá de forma significativa na melhoria da qualidade de vida da comunidade.

A avaliação da população através do EF deveria ser implementada em todas as unidades básicas a fim de traçar um panorama da realidade de toda localidade e, talvez, estimular políticas públicas mais eficientes na prevenção de morbidades. Entretanto, deve-se ficar atento a outros possíveis fatores de risco que não são contemplados nessa análise e que podem variar a cada população estudada.

9 REFERÊNCIAS

1. Mansur A. P.; Favarato D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05812.pdf>> Acesso em 01 jun. 2019.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. CARDIÔMETRO: mortes por doenças cardiovasculares no brasil. Disponível em: <<http://www.cardiometro.com.br/anteriores.asp>> Acesso em 06 jun. 2019.
3. BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Brasília, [online], 2016a. (BRASIL. Ministério da Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>). Acesso em: 06 jun. 2019.
4. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 22 maio 2019.
5. CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 22 maio 2019.
6. CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 22 maio 2019.
7. CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>). Acesso em: 25 maio 2019.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Vigilância em Saúde. Cadernos de Atenção Básica 29. Rastreamento. Brasília; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Vigilância em Saúde. Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília; 2018.
10. MALACHIAS, MVB et al . 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 4 - Estratificação de Risco Cardiovascular. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 18-24, Sept. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800018&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Apr. 2020. <https://doi.org/10.5935/abc.20160154>.

11. DAWBER, TR; MEADORS, GF; MOORE, FE Jr. Epidemiological approaches to heart disease: the Framingham Study. *Am J Public Health Nations Health*. 1951 Mar;41(3):279-81.
12. PIMENTA, HB; CALDEIRA, AP. Fatores de risco cardiovascular do escore de framingham entre hipertensos assistidos por equipes de saúde da família. *Ciência & saúde coletiva*. 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.20092013>
13. PRECOMA, Dalton Bertolim et al . Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 113, n. 4, p. 787-891, Oct. 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2019001000787&lng=en&nrm=iso>. access on 16 May 2020. Epub Nov 04, 2019. <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>.
14. DONNA K. Arnett et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. V. 140, issue 11, p. e563-e595. Sep 2019. Available from <<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000677>>. acesso n 16 May 2020. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000677>
15. SANTOS FILHO, Raul D.; MARTINEZ, Tânia L. da Rocha. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas !. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 212-214, jun. 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000300002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 21 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302002000300002>.
16. VIEBIG, Renata Furlan et al . Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 86, n. 5, p. 353-360, May 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2006000500005>.
17. Sampaio MR, Melo MBO, Wanderley MSA. Estratificação do Risco Cardiovascular Global em Pacientes Atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. *Rev Bras Cardiol*. 2010; 23(1):47-56. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_01/a2010_v23_n01_05marcussampaio.pdf

18. Araújo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. Rev Saúde Pública. 2007;41(3):368-74. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2020.

19. LANDIM, Maurício Batista Paes; VICTOR, Edgar Guimarães. Escore de Framingham em motoristas de transportes coletivos urbanos de Teresina, Piauí. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 87, n. 3, p. 315-320, Sept. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001600014&lng=en&nrm=iso>. access on 16 May 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001600014>.