DEISI NARA BELUCIK

ANÁLISE DO RISCO CARDIOVASCULAR NOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO ESF ASSENTAMENTO NO MUNICÍPIO DE ITACURUBI

ITACURUBI - RS
JULHO DE 2017

DEISI NARA BELUCIK

ANÁLISE DO RISCO CARDIOVASCULAR NOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO ESF ASSENTAMENTO NO MUNICÍPIO DE ITACURUBI

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Manoela Jorge Coelho Alves

ITACURUBI - RS
JULHO DE 2017

RESUMO

O seguinte trabalho abrange a Hipertensão Arterial sistêmica, doença de maior prevalência no município de Itacurubi, o projeto de intervenção tem como objetivo analisar o risco cardiovascular nos pacientes hipertensos e, a partir da estratificação, realizar as orientações e intervenções pertinentes, o portfólio traz um caso clínico sobre diagnóstico e manejo da hipertensão arterial, atividade de promoção e prevenção de saúde com a realização do sal de ervas no manejo da hipertensão, um breve relato de como realizamos as visitas domiciliares, seguimento de pacientes acamados com doenças crônicas não transmissíveis, além de uma reflexão sobre como a especialização de saúde da família vem ajudando no desenvolvimento e organização da estratégia de saúde da família no município.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Doenças crônicas, Hipertensão arterial sistêmica, Prevenção de doenças, Promoção da Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO CLINICO 7

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 10

4. VISITA DOMICILIAR 12

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 14

REFERÊCNIAS BIBLIOGRAFICAS 16

ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO 17

1. INTRODUÇÃO

Me chamo Deisi Nara Belucik, tenho 28 anos, sou natural da cidade de Rodeio Bonito, Rio Grande do Sul. Concluí minha formação acadêmica em Medicina no ano de 2014 no país de Cuba, pela Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), bolsa que recebi a través do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) por ser militante do mesmo. Revalidei o diploma estrangeiro pela UFRS no processo de revalidação ano 2015-2016. Atuo como médica de família e comunidade pelo programa Mais Médicos para o Brasil no município de Itacurubi/RS desde julho de 2015.

A UBS Ivo Braga Fialho, na qual iniciei minha carreira profissional, é uma unidade de saúde mista, nela existem duas ESF em funcionamento, além de atendimento por outros médicos durante a semana, os quais não estão vinculados às equipes de estratégia de saúde da família. O município está localizado na região centro-oeste, com uma população estimada de 3.552 (IBGE 2016), conta com uma escola estadual e uma municipal na área urbana, e duas municipais na área rural, além de um Centro de tradições Gaúchas, sendo este, a principal estrutura comunitária disponível.

Minha equipe chama-se ESF Assentamento, abrange quatro microáreas, com um número de 1.517 pessoas cadastradas, a maioria com baixo nível sócio cultural, extensa área de famílias assentadas com ausência de saneamento básico ou condições mínimas consideradas questões de saúde pública, com grande prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (especialmente HAS e DM), as quais são motivo comum de consultas na UBS, ora para controle das mesmas, ora por agudização dos episódios crônicos.

As demandas espontâneas são diversas, dores em geral, resfriados, sintomas urinários, entre outros; contamos com um grande número de hiperutilizadores, pois o município não conta com estruturas que sirvam como rede de apoio, sendo a UBS, um ponto frequente de encontro para a população. Existe, ainda, resistência por parte da população na instalação de um novo processo de trabalho na atenção primária, visando à promoção e prevenção de saúde e trabalho em equipe, todavia, a atenção segue especialmente voltada para o profissional médico, sendo o principal

responsável pelo atendimento das demandas, o qual em ocasiões se vê sobrecarregado e limitado ao atendimento dentro da UBS.

Escolhi como tema para o projeto de intervenção a Análise do risco cardiovascular nos pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial correspondente a área de abrangência de minha atuação (anexo um), pois se trata da condição crônica mais prevalente na população, a qual traz diversas complicações a longo prazo, colaborando para uma das principais causas de óbito no município que são os eventos cardiovasculares agudos, por esse motivo, o projeto visa avaliar o risco de apresentar eventos agudos nos pacientes e intervir de maneira precoce na prevenção dos mesmos.

2. ESTUDO DE CASO CLINICO

PRIMEIRA CONSULTA

Paciente J.A.R, masculino, 54 anos, vêm a consulta referindo que aferiu sua pressão arterial com a equipe de enfermagem e a mesma apresentou cifras elevadas. Encontra-se assintomático, sem queixas, com bom estado geral.

DADOS DA TRIAGEM

- ✓ PA: 150/90 mmhg
- ✓ PESO: 75 kg
- ✓ ALTURA: 1,78 cm
- ✓ Circunferência abdominal: 78 cm

ANAMNESE

História familiar de HAS, relata que o pai faleceu por problemas cardíacos (não sabe especificar que doença, mas “acha” que foi Infarto Agudo do Miocárdio). Sem história pregressa de morbidades importantes ou uso de medicação. Tabagista crônico há mais de 20 anos (fuma mais de 20 cigarros ao dia).

- Profissão: Cabeleireiro.
- Idade: 54 anos
- Estado civil: casado
- Raça: branca

Relata que por não ter horários definidos no trabalho, não consegue se organizar e praticar exercícios físicos, levando um estilo de vida sedentário, não apresenta hábitos alimentares saudáveis, não ingere água o suficiente durante o dia. Situação financeira e familiar: apresenta condições financeiras viáveis, é a pessoa que mais contribui financeiramente na família composta por ele, sua esposa e dois filhos. Há bom relacionamento familiar, os filhos estão na etapa escolar.

EXAME FÍSICO

Fácies não característica de processo patológico. Medidas antropométricas:

- ✓ Peso: 75 kg
- ✓ Altura: 1,78 cm
- ✓ IMC: 24 (peso normal)

PESCOÇO: Sem alterações, não há presença de sopros carotídeos.

CARDIOVASCULAR: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros. FC: 76 bpm; PA: 150/90 mmhg. Pulsos periféricos palpáveis e simétricos. RESPIRATORIO: Murmúrio vesicular normal, sem estertores. FR: 16 irpm. ABDOMEM: Sem alterações. Ausência de sopros.

CONDUTA: Segundo o Caderno de Atenção Básica n°37, para diagnóstico de HAS, a pressão arterial deve estar maior ou igual a 140/90 mmhg, verificada em pelo menos três dias diferentes, com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas; portanto, solicito ao paciente que realize a aferição da pressão arterial na UBS durante esse período e retorne a consulta em três semanas para seguimento do caso.

SEGUNDA CONSULTA

Paciente retorna a consulta trazendo consigo as cifras de pressão arterial anotadas em uma caderneta pela equipe de enfermagem, conforme solicitado, seguem as cifras:

- ✓ Primeira aferição: 150/95
- ✓ Segunda aferição: 145/90
- ✓ Terceira aferição: 150/90

Segundo o caderno de atenção básica n°37, se a média das três medidas forem igual ou maior que 140/90 mmhg, está confirmado o diagnóstico de HAS. A classificação da pressão arterial do paciente em questão é de Hipertensão Arterial

Sistêmica estágio 1, segundo cifras sistólica e diastólica (classificação na tabela abaixo):

Tabela 1 -

Classificação	Pressão sistólica	Pressão diastólica
Ótima	Menor que 120	Menor que 80
Normal	Menor que 130	Menor que 85
Limítrofe	130-139	85-89
Estágio 1	140-149	90-99
Estágio 2	160-179	100-109
Estágio 3	Maior ou igual a 180	Maior ou igual a 110

Fonte: (SBC, SBH, SBN, 2010)

CONDUTA: Solicito rotina complementar mínima para pessoa com HAS:

- ✓ Eletrocardiograma
- ✓ Dosagem de glicose
- ✓ Dosagem de colesterol total
- ✓ Dosagem de HDL
- ✓ Dosagem de triglicerídeos
- ✓ Dosagem de creatinina
- ✓ Exame qualitativo de urina
- ✓ Dosagem de potássio

Solicito fundoscopia em consulta com oftalmologia, pois não dispomos de oftalmoscópio na unidade. Agendo consulta para avaliar resultados de exames de laboratório.

TERCEIRA CONSULTA

Paciente com bom estado geral, assintomático. PA: 140/90**.** Resultado de exames:

- ✓ Eletrocardiograma: Ritmo sinusal, FC: 74 bpm.
- ✓ Glicose: 78
- ✓ Colesterol total: 250

- ✓ HDL: 156
- ✓ Triglicerídeos: 147
- ✓ Creatinina: 0,89
- ✓ Exame qualitativo de urina: sem alterações
- ✓ Potássio: 4,04

Calculo risco cardiovascular do paciente usando o aplicativo do Telessaúde/RS: Risco em 10 anos de 10,38%, sendo este, risco intermediário, devendo ser considerado o uso de estatina de maneira individualizada.

CONDUTA: Indico o uso de Sinvastatina 40 mg à noite como medida de prevenção à eventos coronarianos agudos, segundo risco cardiovascular intermediário, por tratar-se de paciente com história familiar positiva para eventos coronarianos. Segundo a 7° Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, em hipertensos estágio 1 e moderado ou baixo risco cardiovascular, a terapia não farmacológica deve ser tentada por 3 e 6 meses, respectivamente.

A medida inicial adotada no tratamento do paciente em questão será o **tratamento não farmacológico**, enfatizando a mudança no estilo de vida, alimentação saudável, restrição salina, pratica de atividades físicas e cessação do tabagismo (convido o mesmo a iniciar participação no grupo de tabagismo na cidade), o qual é apontado como fator negativo no controle do hipertenso (segundo a 7° diretriz brasileira de HAS), com **reavaliação em 3 meses**, sendo que durante esse intervalo de tempo a pressão será avaliada pela equipe mensalmente para verificar o sucesso e controle da pressão arterial com as medidas adotadas.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Há quase dois anos atuo como médica de família no município de Itacurubi/RS, desde um princípio começamos a desenvolver um atendimento voltado para a promoção e a prevenção da saúde em nosso território adscrito. Temos uma prevalência de doenças crônicas, em especial a Hipertensão Arterial, que em muitos casos está associada à outra condição bastante frequente que é a Diabetes Mellito.

Como primeira estratégia, tentamos abordar o paciente de maneira integral durante as consultas, indagando sobre seu estilho de vida, alimentação, prática de

atividades físicas, antecedentes familiares e pessoais, condições de vida; a partir disso, surgiu a necessidade de trabalharmos em grupos, onde poderíamos realizar atividades de educação, orientar alimentação adequada, baixa ingesta de sal, etc. com o objetivo de que nossos usuários começassem a adotar um estilo de vida saudável e se responsabilizassem juntamente com a equipe por seu estado de saúde.

Surgiram então, os grupos mensais, a cada mês realizamos uma atividade de promoção e prevenção nas localidades de nosso território. Como estratégia de prevenção primaria de hipertensão começamos as prescrições de medidas não medicamentosas ou de mudança no estilo de vida que devem sempre ser realizadas, mas faltam estudos que demonstrem sua efetividade a longo prazo e a prevenção de desfechos primordiais, mas têm apresentado benefício discreto (Duncan 4° edição).

A restrição salina tem apresentado discreta eficácia em relação à pressão arterial, em especial em estudos com mais de seis meses de duração (B), a despeito disso, é a única medida não medicamentosa que reduziu a incidência de doença cardiovascular, a redução de somente 2 mmhg, em média, na pressão arterial de toda a população propiciaria palpável diminuição na incidência de eventos cardiovasculares (Duncan 4°edição). Com base nessas informações, começamos a realizar durante os grupos as receitas de sal de ervas disponibilizadas pelo ministério da saúde com o intuito de diminuir a ingesta de sal de nossos pacientes (imagens das atividades coletivas em anexo 2, além da receita do sal de ervas).

Além disso, realizamos a análise do risco cardiovascular em nossos pacientes hipertensos, usando a calculadora desenvolvida pelo Telessaúde, conseguimos intervir de maneira precoce nos pacientes que apresentem risco intermediário ou elevado para eventos coronarianos em dez anos, além de promover informações essenciais para os de baixo risco, tratando de mantê-los nessa classificação; calculamos o índice de massa corpórea e medimos a circunferência abdominal dos mesmos, orientando aos que estão acima do peso ou obesos e com circunferência abdominal elevada que devem ser mais restritos e cuidadosos com relação à alimentação e realizar atividades físicas.

Segundo o caderno de atenção básica número 37, “a prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal,

abuso de álcool, entre outros”. Com o objetivo de atuar nessa estratégia, foi que criamos os grupos de ações educativas coletivas com a população, promovendo estilo de vida saudáveis e prevenindo agravos e complicações das condições crônicas.

4. VISITA DOMICILIAR

A Organização Mundial da Saúde define Assistência Domiciliar como a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, a função e a saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos. O Ministério da Saúde brasileiro utiliza o termo Atenção Domiciliar para designar o conjunto de ações integradas em saúde que ocorrem no domicílio destinadas à população em geral. Compreende ações articuladas de vigilância à saúde, Assistência Domiciliar e Internação Domiciliar.

Na ESF em que atuo a visita domiciliar vem ganhando importância e tornando-se uma ferramenta a mais de trabalho no desenvolvimento das atividades de nossa equipe; quando comecei como médica da estratégia em julho de 2015, o município estava sem agentes comunitários de saúde, o que dificultava muito a comunicação com a população vinculada a nossa área de abrangência, há pouco mais de seis meses, após o concurso e a nomeação dos agentes comunitários de saúde, conseguimos desenvolver com maior organização as visitas domiciliares, temos um dia na semana destinado às atividades fora da UBS, sejam estas, visitas domiciliares, grupos, consultas externas. As visitas domiciliares são feitas com prévio agendamento, pois temos uma grande dificuldade com o transporte, por esse motivo, devemos nos programar, para que no dia destinado as visitas, haja meio de deslocamento até os domicílios.

Atualmente realizamos visitas domiciliares aos pacientes acamados, idosos com dificuldades de locomoção, famílias com difícil acesso aos serviços prestados na UBS, etc, sempre com prévio agendamento, em número de três a cinco visitas por turno; as intercorrências agudas são atendidas na unidade, pois temos

limitações com o transporte, como já mencionado anteriormente. Os acamados são os pacientes para os quais temos uma maior periodicidade nas visitas, estas são realizadas a cada três meses. Durante as reuniões de equipe semanais, planejamos as atividades da próxima semana, nesse dia os ACS trazem até nós casos em que acham pertinente a realização de uma visita domiciliar, muitas vezes as próprias famílias e cuidadores solicitam a visita, a qual sempre é agendada e realizada com toda a equipe: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e o agente de saúde correspondente; em casos de saúde mental, solicitamos a presença da psicóloga que sempre está disposta quando necessário.

Durante a visita domiciliar, procuramos abordar a família como um todo, (não somente o paciente destinado a receber a visita) conhecer as relações interpessoais, ambiente em que vivem, situação socioeconômica, hábitos alimentares, atividades de lazer, participação nas atividades da comunidade; nos pacientes crônicos, procuramos avaliar a adesão ao tratamento e controle da doença de base, realizamos orientações, esclarecimentos quanto a doença que acomete o familiar, se há necessidade de exames de laboratório para avaliar controle da doença e comprometimento de órgãos alvo, o exame é solicitado e programamos retorno para quando o resultado estiver disponível.

Aproveitamos o espaço da visita domiciliar para trabalhar com as famílias a prevenção de doenças crônicas, pois temos grande prevalência de hipertensos em nosso município, especialmente entre os pacientes idosos que visitamos, nesse momento orientamos a baixa ingesta de sal, estimulamos a família a condimentar seus alimentos com o sal de ervas que fizemos e distribuímos nos grupos, prática de atividades físicas, etc.

Os procedimentos mais realizados nas visitas domiciliares são a aferição da pressão arterial, realização do teste de glicose capilar (HGT), curativos nos pacientes que necessitem. Procedimentos de maior complexidade são realizados na unidade.

A realização da visita domiciliar é uma ferramenta nova no município de Itacurubi, a população está se adaptando a essa nova estratégia de abordar os pacientes e suas famílias, ainda encontramos limitações para o desenvolvimento de nossas atividades, pois não contamos com NASF ou CAPS, nutricionista, fisioterapeuta e, em muitas ocasiões, sentimos a falta desses profissionais quando nos deparamos com situações não só encontradas nas visitas domiciliares, mas

também no dia a dia na UBS, como por exemplo: pacientes com sequelas de AVC que necessitam de fisioterapia, obesos com dificuldade em elaborar e seguir uma dieta adequada, casos de saúde mental em que há necessidade de um atendimento mais complexo.

De um modo geral, acredito que estamos crescendo e nos desenvolvendo como equipe de estratégia de saúde da família, a visita domiciliar vem sendo uma ferramenta importante para conhecer e trabalhar a família de maneira integral conhecendo a realidade de nossa população e chegando até pacientes que talvez nunca tenham recebido atenção de profissionais capacitados; almejamos poder trabalhar durante as visitas com o projeto terapêutico singular, planejando ações para enfrentar e abordar casos e situações mais complexos e de difícil resolução.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante o período da pós-graduação em saúde da família, pude crescer e me desenvolver como profissional médico na atenção primária, aprimorando meus conhecimentos e auxiliando na prática diária quanto à organização, condutas terapêuticas e manejo dos casos, atuando frente ao paciente e suas famílias de maneira holística, cumprindo com os princípios do SUS e oferecendo um atendimento humanizado com atenção voltada para a pessoa e não a sua doença.

Ao finalizar esse trabalho, pude perceber todas as mudanças realizadas na prática de nosso dia a dia na unidade de saúde concomitantemente com o desenvolvimento da pós-graduação e seus eixos de estudo.

Primeiramente organizamos nossa agenda de trabalho, estipulando numero de consultas agendadas por turno e um espaço para as demandas espontâneas, deixando dia para a realização de atividades coletivas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, processo esse que foi bem aceito pela população, pois diminuíram as filas a espera de fichas de atendimento, e, assim, os pacientes agendados para um dia determinado teriam a certeza da consulta; com a agenda programada nosso processo de trabalho ficou mais fácil e o atendimento a população de maior qualidade, com um período de vinte minutos de consulta para cada paciente, assim, se necessário, há inclusive a possibilidade de ligar ao telessaúde com a presença do

paciente e sanar dúvidas a respeito do caso com profissionais especializados, o que diminuiu o número de encaminhamentos aos especialistas.

Deixamos um turno disponível para reunião de equipe com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de nossa ESF, durante esse período são programadas as atividades para as próximas semanas, realizamos estudos, discussões de caso, conversamos sobre as necessidades percebidas em nossa área de abrangência, quais temas seriam interessantes trabalhar em grupos e assim traçamos nossos próximos passos, visando a promoção e prevenção.

Além da reunião da equipe de nossa estratégia, há um horário destinado para reunião semanal com todas as pessoas que fazem parte de nosso processo de trabalho, inclusive a outra equipe de ESF que também está localizada no mesmo espaço físico que a nossa, pois somos uma unidade mista de atendimento, além de duas equipes de ESF há outros médicos que atendem no decorrer da semana, por esse motivo, há necessidade de nos reunirmos e organizarmos nossas atividades semanais.

Uma atividade que comecei a desenvolver desde que desenvolvi o projeto de intervenção foi classificar o risco cardiovascular em nossos pacientes hipertensos, e, assim, intervir de maneira precoce na prevenção de eventos coronarianos agudos.

Os grupos também foram relevantes, trabalhamos com a realização do sal de ervas o que trouxe a diminuição do consumo de sal por nossos pacientes.

Criamos o grupo do tabagismo, nele são trabalhados temas relacionados ao abandono do tabaco, os medicamentos necessários para o auxílio do abandono do vício são distribuídos gratuitamente em nossa unidade o que também tem auxiliado na prevenção e controle dos pacientes hipertensos e com outras doenças crônicas.

A respeito do registro das informações médicas, conseguimos começar a usar o E-sus que antes não era utilizado, esse meio facilitou a armazenagem dos dados de nossos pacientes, bem como o seguimento dos mesmos, assim, sempre temos acesso aos dados da consulta anterior, resultados de exames e informações relevantes.

Realizando uma reflexão a respeito de minha atuação como médica de família no município de Itacurubi, acredito que aprendi muito e continuo aprendendo com essa prática, a pós-graduação trouxe um aporte importante, além de orientar e oferecer alternativas para o desenvolvimento de nosso trabalho no dia a dia foi possível modificar a maneira em que as pessoas veem o processo saúde-doença, a

promoção e a prevenção começaram a ser trabalhadas com prioridade o que me deixa feliz e realizada, pois esse é o principal objetivo da atenção primária e certamente à chave para o bom desenvolvimento de nossa saúde pública, evitando assim, que nossa população adoeça.

REFERÊCNIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**.** Departamento para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014 (Cadernos de Atenção Básica, n.37).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção domiciliar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Ministério da Saúde, 2013. 2 v.:il.
3. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências/Organizadores, Bruce B. Duncan... (et al.). – 4 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2013.
4. Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

DEISI NARA BELUCIK

ANÁLISE DO RISCO CARDIOVASCULAR NOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO ESF ASSENTAMENTO NO MUNICÍPIO DE ITACURUBI

ITACURUBI - RS
SETEMBRO DE 2016

1. INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas com o decorrer dos tempos trouxeram consequências no perfil de adoecimento da população mundial. O avanço tecnológico fez com que a sociedade se tornasse cada vez mais sedentária. Tal fato contribuiu para o aumento na ocorrência de doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes tipo 2, condições sabidamente associadas ao aumento do risco cardiovascular.

Itacurubi é um pequeno município localizado no centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul, temos uma população de 3.551 habitantes (IBGE 2015), contamos com uma Unidade de Saúde mista, onde funcionam duas equipes de ESF mais unidade básica; a Hipertensão Arterial é a doença crônica mais prevalente, afetando cerca de 20% da população geral, sendo que a maioria dos hipertensos apresentam outra condição crônica concomitante, a partir desse dado relevante, surge a necessidade de realizar esse estudo e poder interferir de maneira preventiva nos hipertensos que fazem parte da ESF Assentamento (1.517 pessoas cadastradas), que correspondem aproximadamente a metade dos hipertensos do município:10%.

No Brasil, as doenças cardiovasculares aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte e representam quase um terço dos óbitos totais; o escore de Framingham tem se mostrado um método prático na avaliação do risco cardiovascular em diferentes populações. Esse escore avalia o risco para doença arterial coronariana, em 10 anos, com base nos seguintes parâmetros: idade, pressão arterial sistólica, colesterol total, colesterol HDL, tabagismo, Diabetes Mellito e tratamento anti-hipertensivo.

A partir do risco calculado, o indivíduo pode ser classificado como de risco baixo, médio ou alto para o desenvolvimento de doença arterial coronariana e é possível agir precocemente utilizando estatinas e ácido acetilsalicílico como prevenção primária de tais eventos. Entre os fatores de risco, a hipertensão arterial é considerada o mais importante para as doenças isquêmicas e para o acidente vascular cerebral. Dos fatores potencialmente controláveis, DM e HAS, são críticos do ponto de vista de saúde pública. No Brasil, estudos realizados apontaram que mais de 15 milhões de brasileiros tenham HAS, sendo aproximadamente 12.410.753

usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), mais de 1/3 desconhecem a doença e menos de 1/3 dos hipertensos com diagnóstico apresentam níveis adequados de Pressão Arterial (PA) com tratamento proposto. Constitui-se assim, o objetivo desse projeto de intervenção: Avaliar o risco cardiovascular em hipertensos, utilizando o escore de risco de Framingham através da calculadora fornecida pelo aplicativo do Telessaúde e de acordo com o resultado da análise agir precocemente utilizando as medicações (estatina e ácido acetilsalicílico) na prevenção de possíveis eventos coronarianos agudos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o risco cardiovascular nos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica que assistam a consulta e pertençam à área de abrangência do ESF Assentamento no município de Itacurubi/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Intervir de maneira precoce usando estatina e ácido acetilsalicílico diante dos pacientes que apresentarem risco moderado ou alto para eventos coronarianos.
- Verificar quais os principais fatores que risco que acometem a população hipertensa.
- Promover ações de promoção e prevenção de saúde com os pacientes hipertensos e portadores de fatores de risco modificáveis.

3. Revisão de literatura

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica é a causa da cardiopatia hipertensiva e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e a caracteriza como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

Em metanálise de estudos de coorte que incluiu um milhão de indivíduos sob risco (12,7 milhões de pessoas/ano), com uma incidência de 56.000 mortes por evento cardiovascular, identificou-se que o risco para eventos cardiovasculares aumenta de forma constante a partir de 75 mmHg de pressão diastólica usual e de 115 mmHg de pressão sistólica usual, dobrando a cada 10 mmHg no primeiro caso e 20 mmHg no segundo caso. A preponderância de hipertensão arterial na causa de doença cardiovascular foi também identificada em estudo na população brasileira, identificou-se alta prevalência de hipertensão no Brasil, variando entre 22 e 44% para adultos e chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (Duncan 4° edição).

A hipertensão arterial é um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária a Saúde (APS), ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Primária evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009), portanto, a prevenção primária de hipertensão e o tratamento de pacientes já diagnosticados devem ser realizados dentro da ótica de risco absoluto para doenças cardiovasculares, mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga de cloreto de sódio, excesso de adiposidade, especialmente abdominal, tabagismo, níveis de colesterol, controle de Diabetes Mellito, entre outros (Duncan 4° edição).

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Estratificar nada mais é do que agrupar segundo uma ordem. Neste caso, agrupar os usuários portadores de hipertensão conforme o grau de risco para morbidade e mortalidade. Para estratificar, é necessário conhecer o risco de cada indivíduo, e classificá-los segundo esse risco. Existem inúmeras classificações. Por exemplo: para avaliar o risco para problemas cardiovasculares temos a Classificação de Framinghan é usada para estimar o risco de desenvolver eventos cardiovasculares em indivíduos sem doença aterosclerótica manifesta, o escore estratifica o risco de desenvolver morte por doença coronariana em 10 anos; a classificação é arbitrariamente dividida em três categorias de risco: risco baixo, médio e alto (aplicativo de risco cardiovascular do telessaúde).

Segundo a classificação do risco, existem intervenções a serem executadas: risco cardiovascular baixo: aconselhamento quanto a cessação do fumo, alimentação saudável, manutenção e controle do peso e circunferência abdominal, atividade física, ênfase em medidas não farmacológicas e diurético de baixa dose para hipertensão, em estágio 1; risco moderado: adicionar a intensificação de conselhos sobre estilo de vida, dieta com características cardioprotetoras, considerar farmacoterapia contra o tabagismo, considerar estatinas se LDL elevado após medidas não farmacológicas, cautela no uso de AINEs, ênfase no controle efetivo da hipertensão arterial sistêmica, no caso de risco cardiovascular alto: adicionar estatinas e AAS (Duncan 4°edição, 2013).

O benefício do uso de estatinas se estende mesmo a pacientes com níveis de colesterol normais e anti-hipertensivos reduzem eventos cardiovasculares mesmo em pacientes sem hipertensão. Por todo o que foi dito acima, explica-se a importância da equipe da saúde da família conhecer o risco individual de cada paciente e saber a intervenção mais apropriada para cada usuário e em quais atividades de promoção e prevenção de saúde deve nortear seu trabalho, sendo esse o objetivo desse projeto de intervenção.

4. METODOLOGIA

Este estudo será de caráter intervencionista, onde a partir da análise do risco cardiovascular nos pacientes com diagnóstico de hipertensão da área de abrangência da equipe do ESF Assentamento, classificaremos os mesmos como de baixo, médio e alto risco e desse movo realizar atividades de promoção e prevenção, além da intervenção farmacológica com o uso de estatinas e AAS nos pacientes que apresentem médio e alto risco de desenvolver eventos coronarianos em 10 anos. Para realizar a análise do risco cardiovascular os pacientes serão estratificados com a ajuda do aplicativo do Telessaúde que fornece a calculadora do RCV.

Serão avaliados 150 pacientes com diagnóstico de hipertensão, realizando o cálculo diário de acordo com o número de hipertensos que assistam as consultas no decorrer das semanas através da agenda de cuidado programado. O estudo terá início em janeiro de 2017, espera-se que possamos classificar o risco de 100% dos hipertensos que procurem a consulta na unidade.

5. CRONOGRAMA

Apresentação da proposta para a equipe de saúde	Janeiro/2017 x	Fevereiro/2017	Março/2017	Abril/2017	Maio/2017	Junho/2017
Planejamento e Organização o material que será usado no estudo	x					
Avaliar o risco cardiovascular dos pacientes com HAS durante as consultas		x	x	x	x	
Solicitar Lipidograma		x	x	x	x	
Realizar intervenção não farmacológica e farmacológica		x	x	x	x	
Verificar principais fatores de risco		x	x	x	x	
Promover ações de promoção e prevenção		x	x	x	x	
Avaliar estudo com a equipe						x

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Consultório para realização das consultas e avaliação.
- Disponibilidade para realização de exames laboratoriais para avaliação de lipidograma.
- Celular com o aplicativo do telessaúde instalado (calculadora de RCV).
- Impressora, folhas de ofício, canetas.
- Esfignomanômetro.
- Prontuários dos pacientes.
- Pasta para organizar as informações dos pacientes em estudo.
- Profissionais da área da saúde.
- Medicação disponível na farmácia básica da unidade (estatinas e AAS).

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar avaliação do risco cardiovascular em 150 pacientes com diagnóstico de HAS da área de abrangência da equipe.
- Intervir com ações não farmacológicas e farmacológicas de acordo com o risco do paciente.
- Prevenção de eventos coronarianos.
- Conscientizar e corresponsabilizar os pacientes sobre seu estado de saúde.
- Promover mudanças no estilo de vida dos pacientes a través de ações de promoção e prevenção de saúde.
- Controle de condições crônicas.
- Evitar fatores de risco modificáveis.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

1. ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde(Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

2. DUNCAN, Bruce B. (et al), Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseada em evidências - 4°edição-Porto Alegre: Artmed, 2013.

3. OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de; Pedroso, Ênio Roberto Pietra, Blackbook-Clínica Médica, Belo Horizonte, Blackbook editora, 2014.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Anexos 1

Folha controle para dados do paciente e avaliação do risco cardiovascular:

Nome:

Idade:

Sexo:

Pressão Sistólica:

Colesterol Total:

Colesterol HDL:

Uso de medicação Anti-hipertensiva:

Tabagismo: ( ) sim ( ) não

Diabetes: ( ) sim ( ) não

Risco em 10 anos:

Intervenções:

Observações:

ANEXO 2 - RECEITA DO SAL DE ERVAS E FOTOS DA ATIVIDADE EM GRUPO PARA A REALIZAÇÃO DO MESMO

FIGURA 1 – RECEITA

FIGURA 2 - GRUPO

FIGURA 3 - PACOTES