



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Especialização em Saúde da Família - UNASUS/ UNIFESP

Organização da demanda de pacientes hipertensos e diabéticos, segundo o escore de risco de Framingham, no município de Monteiro Lobato - SP, Brasil

Cibele Matsuura de Oliveira

Orientador: João Peres Neto

São Paulo
Janeiro/ 2015

Sumário

1. Introdução	03
2. Objetivos.....	04
2.1 Objetivo geral	04
2.2 Objetivos específicos	04
3. Metodologia	04
4. Cronograma.....	07
5. Resultados esperados	08
6. Referências bibliográficas	09
7. Anexos	11
7.1 Anexo 1.....	11
7.2 Anexo 2.....	12
7.3 Anexo 3.....	13
7.4 Anexo 4.....	14

1. Introdução

As doenças cardiovasculares constituem uma importante causa de morte nos países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento, onde seu crescimento significativo alerta para um profundo impacto nas classes menos favorecidas e para a necessidade de adotarmos medidas de caráter preventivo¹. Segundo a Síntese de Indicadores Sociais, de 2002, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística² (IBGE), as doenças cardiovasculares se destacam como a principal causa de morte no país, sendo a incidência de 28,8% para homens e 36,9% para mulheres². Os principais fatores de risco para essas doenças são: a hipertensão arterial, a dislipidemia, o tabagismo, a obesidade e o diabetes³.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes melito (DM) são patologias crônicas freqüentemente abordadas na rotina dos serviços de saúde e constituem uma grande demanda no fluxo de atendimento. A HAS configura-se como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo¹. Muitas vezes assintomática, apresenta elevada prevalência e baixas taxas de controle⁴. A dificuldade para conseguir uma vaga em consulta, as escassas ações preventivas para reduzir os fatores de risco⁵, o diagnóstico tardio e a falta de adesão e manutenção do tratamento tornam-se verdadeiras barreiras a serem vencidas principalmente na estrutura de saúde primária⁶.

Para contornar esta situação, muitos países vêm adotando escores de risco para a estratificação dos pacientes⁷, visando definir um prognóstico e a melhora na conduta e seguimento das doenças cardiovasculares. O Ministério da Saúde propôs a utilização da estratificação na abordagem do hipertenso e diabético na atenção primária, utilizando o Escore de Risco de Framingham (EF), o qual tem sido testado com sucesso em várias populações brasileiras⁷.

O EF é uma escala que busca estimar o risco relativo e absoluto de um evento cardiovascular em dez anos, tendo como parâmetros: faixa etária, gênero, valores de pressão arterial sistólica, valores da razão entre o colesterol total e fração HDL, presença de tabagismo e diabetes⁸. O risco cardiovascular é classificado em três categorias: baixo, moderado e alto. São considerados indivíduos de baixo risco cardiovascular aqueles com estimativa inferior a 10%, moderado os indivíduos com risco entre 10% e 20%, e alto risco aqueles com estimativa superior a 20% em 10 anos. A estratificação do hipertenso, portanto, é uma forma de adotar estratégias mais apropriadas no manejo da HAS, conforme o risco projetado para o desenvolvimento de um evento adverso, além de promover o autocuidado⁹ e a responsabilidade compartilhada no manejo da HAS (o indivíduo que tem conhecimento do seu risco cardiovascular aumenta sua participação no tratamento)¹⁰.

Assim, através da implantação do EF na Estratégia da Saúde da Família de Monteiro Lobato – SP, almeja-se melhorar o fluxo de atendimento e a demanda entre pacientes diabéticos e/ou hipertensos, além de otimizar o tratamento clínico, antecipar o diagnóstico, melhorar o prognóstico e reduzir as lesões de órgãos- alvo e as comorbidades associadas.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Organização da demanda dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde da Família do município de Monteiro Lobato.

2.2 Objetivo específico

Utilização do escore de risco de Framingham para estratificação do risco de diabéticos e hipertensos.

3. Metodologia

Cenário da intervenção:

O projeto será desenvolvido no município de Monteiro Lobato – SP, tendo como público-alvo os pacientes diabéticos e hipertensos.

Monteiro Lobato é um município localizado na região sudeste do estado de São Paulo, tendo como limites as seguintes cidades: Sapucaí Mirim (MG) ao norte; Santo Antônio do Pinhal a nordeste; Tremembé, Taubaté e Caçapava a sudeste; e São José dos Campos a oeste. Apresenta uma área territorial de 332,742 km², com densidade demográfica de 12,38 hab/km² e uma população de 4.424 habitantes, segundo dados do IBGE de 01/07/14, sendo 1.517 pessoas na área urbana e 2.100 na área rural.

Possui o Centro de Saúde “Dr. João Auricchio” que engloba o posto de atendimento de urgências e emergências e a unidade básica de saúde da família. Esta é composta por duas equipes de saúde da família (ESF): a ESF1 e a ESF2. A ESF1 é formada pela seguinte equipe: um médico cubano do Programa Mais Médicos; uma enfermeira; um auxiliar de enfermagem; e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). É responsável pelos bairros localizados na área urbana, sendo o atendimento restrito à sede da unidade de saúde da família. Há 697 famílias cadastradas na área urbana, com um total de 163 pacientes hipertensos e 42 diabéticos.

A ESF 2 é formada por uma médica do Provab (Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica), uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro ACS e uma dentista. A ESF 2 atua em todos os bairros da área rural e possui cinco locais de atendimento ambulatorial: sede da unidade de saúde da família e postos de saúde nos bairros: Souza, São Benedito, Ponte Nova e Pedra Branca. Tais postos são equipados para atendimento médico ambulatorial e odontológico.

Sujeitos da intervenção:

No território rural há 630 famílias cadastradas e uma parcela de 251 pacientes hipertensos e 67 diabéticos.

As duas equipes apresentam um grande fluxo de atendimento de pacientes diabéticos e hipertensos e não há, até o momento, uma triagem eficiente que priorize o atendimento para alguns em detrimento a outros, devido a gravidade da doença. Muitos chegam a aguardar até três meses para um atendimento e não há um controle de quantos estão descompensados. Desconhece-se o número de pacientes com alto risco cardiovascular, e não há um feed-back do tratamento realizado devido aos retornos longínquos.

Assim, diante da necessidade da organização do fluxo de atendimento aos pacientes diabéticos e hipertensos, será introduzido um projeto de intervenção, utilizando o escore de risco de Framingham a fim de determinar quais pacientes precisam de prioridade no atendimento médico.

Estratégias e ações:

A implantação do projeto de intervenção se dará da seguinte maneira: duas reuniões com as equipes de estratégia de saúde da família serão realizadas para a apresentação do projeto e de como este será desenvolvido (quais tarefas ficarão designadas para os membros da equipe).

Cada agente comunitário reunirá todas as fichas A de seu território e, nas reuniões semanais de equipe, os ACS anotarão na planilha 1 o número de famílias; o número de pacientes: hipertensos, diabéticos, que possuem ambas patologias, e o número do prontuário.

Através do número do prontuário dos pacientes diabéticos e hipertensos, o médico de saúde da família utilizará a planilha 2, que reunirá as seguintes informações: habitante de área rural ou urbana, gênero, idade, tabagismo, valores recentes dos exames colesterol total (CT), hdl-c (HDL), e o valor da pressão arterial sistólica (PAS) da última consulta.

Com a coleta de todas as informações acima, será utilizado o escore de risco de Framingham, que através da somatória de pontos de seus parâmetros, cada paciente receberá uma pontuação e uma classificação de risco cardiovascular (baixo, moderado e alto).

A seguir, a planilha 3 será entregue impressa para cada ACS, contendo o nome do ACS, o número do prontuário do paciente, as patologias (hipertensão arterial e/ou diabetes), o risco cardiovascular, a resposta sim (S) ou não (N) para: o uso regular das medicações; o comparecimento às consultas; a realização de exames contendo a data do último; o comparecimento aos encaminhamentos, especificando com quais especialidades acompanha e onde; e a prática de atividade física semanalmente (três vezes por semana).

No final da planilha, na última coluna, haverá o tópico “estado atual da doença”, em que o ACS anotará “descompensada” ou “não descompensada”, em toda consulta médica ou visita domiciliar, devendo este campo ser atualizado constantemente para permitir um retorno, mais próximo ou não, de tal paciente.

Além disso, será elaborado um gráfico para os ACS mostrando o número de pacientes com alto, moderado e baixo risco que estão presentes em sua área de atuação, a fim de permitir um cuidado e um acompanhamento eficaz, não colocando tais pacientes em filas de espera demoradas por uma consulta médica, por um exame ou por um encaminhamento que tenha prioridade.

Além disso, para melhorar o acesso ao atendimento médico, na planilha de agendamento de consultas será incluída uma busca rápida, em que ao digitar o nome do paciente ou seu número de prontuário, aparecerá se pertence à base de dados SISHIPERDIA (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica) ou à nova base de dados em vigor e-SUS AB, e seu risco cardiovascular. Para os pacientes que não pertencem a tais bases de dados aparecerá a mensagem “não pertence ao HIPERDIA ou e-SUS AB” e não haverá a indicação “alto risco”, “moderado risco” ou “baixo risco”.

Avaliação e monitoramento:

Na reunião da última semana de cada mês será demonstrado por meio gráfico, o número de pacientes diabéticos e hipertensos atendidos por cada médico, quantos estão descompensados, quantos são de alto e moderado risco cardiovascular e após quanto tempo serão reavaliados. O prontuário de tais pacientes será listado para seus respectivos ACS, que terão a função de monitorar a eficácia do tratamento, através de visitas domiciliares a cada duas semanas. A enfermeira e a auxiliar de enfermagem também acompanhará os ACS nos domicílios de pacientes de alto e moderado risco, descompensados, a fim de aferir a pressão arterial, realizar dextro, monitorar se o tratamento está sendo seguido, e orientar sobre alimentação e importância da atividade física.

4. Cronograma

Atividades	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Elaboração do projeto	X						
Aprovação do projeto		X					
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X	X			
Discussão e análise dos resultados				X	X	X	
Revisão final, digitação, formatação do texto e confecção do pôster					X	X	
Entrega do trabalho final escrito						X	
Apresentação do trabalho em pôster							X

5. Resultados esperados

Após a implantação da triagem dos pacientes diabéticos e hipertensos, utilizando o escore de risco de Framingham, espera-se diminuir o número de pacientes descompensados de tais patologias, diminuir o número de eventos cardiovasculares, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, e garantir um acompanhamento quinzenal ou mensal aos pacientes de moderado e alto risco cardiovascular, que estejam necessitando de ajustes ou trocas nas medicações ou de orientações específicas.

O conhecimento do risco cardiovascular permitirá uma busca ativa daqueles que não realizam o tratamento corretamente e um controle mais rígido sobre a situação da saúde de tais pacientes. Aqueles com alto risco terão visitas domiciliares com o ACS, o auxiliar de enfermagem e a enfermeira a fim de verificar, a cada seis meses, se o paciente está melhorando seus hábitos cotidianos: cessação do tabagismo, prática de atividade física, melhora na alimentação, uso correto das medicações, condições de higiene da habitação.

Desta forma, com a priorização do atendimento segundo o escore de risco de Framingham e a melhoria das ações da equipe de saúde da família em relação a tais pacientes, muitos considerados alto risco poderão passar para o status moderado ou baixo risco, modificando o perfil da saúde de cada área territorial, bem como transmitindo o resultado das ações do ACS, do médico e dos demais componentes da equipe em relação a sua atuação junto a população estudada.

6. Referências Bibliográficas

1. Laurenti R, Buchalla, Caratin CVS. Doença isquêmica do coração. Internações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a 1997. Arq. Brás Cardiol, 2000;74:6:483-7.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. Síntese de indicadores sociais 2002. Síntese de Indicadores Sociais confirma as desigualdades da sociedade brasileira. [acesso em 2006 abr. 10]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>
3. Lotufo PA. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez ;87(4):232-7.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(1 Supl 1):1-51.
5. Silva JLL, Souza SL. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. Rev. Eletrônica Enferm. 2004; 6(3): 330-35.
6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure JAMA. 2003; 289:2560-72.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Brasília: (DF); 2013.
8. Santos JC, Moreira TMM. Risk factors and complications in patients with hypertension/diabetes in a regional health district of northeast Brazil. Rev Esc. Enferm. USP. 2012; 46 (5):1124-31.
9. Nascimento ES, Branco MPFC, Moreira AKF, Hazime FA. Estratificação do risco cardiovascular global em hipertensos atendidos numa unidade de saúde da família de Parnaíba, Piauí. Rev Bras Promoção Saúde, Fortaleza. 2012; 25 (3):287-94.
10. Britto RPA, Florêncio TMTM, Costa ACS, Pinheiro ME. Baixa estatura, obesidade abdominal e fatores de risco cardiovascular em mulheres. Rev Bras Med. 2011; 68(3).

11. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension, The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology, 2007. Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2007; 28(12):1462-1536.
12. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011
13. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão. IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemia e prevenção da aterosclerose. Arq Bras Cardiol, 2007; 88(1 Supl 1):1-18.

7. Anexos

7.1 Anexo 1

	A	B	C	D
1	PLANILHA 1			
2	ACS:			
3	Nº FAMÍLIAS			
4	Nº HAS			
5	Nº DM			
6	Nº HAS E DM			
7	Nº PRONTUÁRIO			

Planilha 1

7.2 Anexo 2

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	PLANILHA 2									
2	ACS:									
3	PRONTUÁRIO	ÁREA	GÊNERO	IDADE	TABAGISMO	CT	HDL	PAS	PONTOS ESCORE	RISCO
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										

Planilha 2

7.3 Anexo 3

	A	B	C	D	E	F
1	Planilha 3					
2	Nome do ACS:					
3	Nº Prontuário					
4	HAS					
5	DM					
6	Risco					
7	Uso regular medicação?					
8	Comparece consulta?					
9	Realiza exames?					
10	Data último exame					
11	Comparece encaminhamentos?					
12	Especialidades em que acompanha					
13	Realiza atividade física?					
14	Estado atual da doença					

Planilha 3

7.4 Anexo 4

QUADRO - Escore de risco para evento coronário conforme proposto pela *American Heart Association* e *American College of Cardiology* de acordo com os resultados do *Framingham Heart Study*

	Homens	Mulheres
Idade (anos)		
<34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8
Colesterol total (mg/dL)		
<160	-3	-2
169-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	2
>280	3	3
HDL colesterol (mg/dL)		
<35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
>60	-2	-3
Pressão arterial sistólica (mm Hg)		
< 120	0	0
120-129	1	1
130-139	2	2
140-159	3	3
>160		
Diabetes		
Não	0	0
Sim	2	4
Tabagismo		
Não	0	0
Sim	2	2

Quadro para o cálculo do Escore de Risco de Framingham

Fonte: Lotufo PA. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. *Ver Med (São Paulo)*. 2008 out. -dez.;87(4):232-7.