

A importância da avaliação do risco cardiovascular para pessoas com hipertensão arterial e diabetes.

Discente: Natalia Guerriero da Silva

Tutor: Lia Likier Steinberg

O Departamento da Atenção Básica disponibiliza vários informativos e principalmente cadernos que norteiam ações a serem desenvolvidas e aplicáveis no serviço de saúde especificando as atribuições de cada profissional. Mas, mesmo com esta ferramenta ainda existem problemas relacionados ao processo saúde/doença que prevalecem em todo território nacional por vários motivos, dentre elas identifica-se a falta de conhecimento desta ferramenta pelos profissionais, comprometimento de recursos e infraestrutura, baixa divulgação das ações de promoção e prevenção à saúde e mudança do perfil da população. Os problemas mais comuns que prevalecem causando grande impacto da vida das pessoas são as doenças crônicas transmissíveis e o não transmissíveis, sendo que de acordo com o Ministério da Saúde (2006), a doença cardiovascular, considerado doença crônica não transmissível, representa hoje no Brasil a maior causa de mortes; o número estimado de portadores de Diabetes Mellitus- DM e de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS é de 23.000.000; cerca de 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica, e o diabetes e a hipertensão arterial são responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise. Essas taxas tendem a crescer nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo (BRASIL, 2006).

Existem formas de mensurar o risco cardiovascular nos indivíduos com HAS e/ou DM e traçar o diagnóstico situacional bem como o prognóstico do território utilizando um instrumento norteador de estratificação de risco. O mais recomendado e utilizado pelo ministério da saúde é o Escore de Framingham (BRASIL, 2013). A estratificação de risco ajuda a equipe a identificar indivíduos de prioridade e classificar a intensidade das intervenções terapêuticas e preventivas de acordo com o grau de risco (BRASIL, 2006). Costuma-se classificar os indivíduos em três níveis de risco - baixo, moderado e alto - para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores que é definido por infarto do miocárdio ou morte por causa cardiovascular (BRASIL, 2006). Conforme tabela 1.

Tabela 1

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

Inicialmente os indivíduos são avaliados de acordo com os indicadores de risco baixo/intermediários e os indicadores de risco alto. Os fatores baixo/intermediários são: Tabagismo, HAS, obesidade, sedentarismo, história familiar de evento cardiovascular prematuro (antes dos 50 anos), antecedente de acometimento renal na família, diagnóstico prévio de dislipidemia e/ou ovário policístico, manifestações de aterosclerose e homens maiores de 45 anos e mulheres maiores de 55 anos (BRASIL, 2006). Os fatores de alto risco são: Acidente vascular cerebral prévio, infarto agudo do miocárdio prévio, lesão periférica – lesão de órgão-alvo, ataque isquêmico transitório, hipertrofia de ventrículo esquerdo, nefropatia, retinopatia, aneurisma de aorta abdominal, estenose de carótida sintomática, doença renal crônica e DM (SIMIÃO et al, 2013). Os indivíduos que não apresentam nenhum dos indicadores de risco baixo/intermediários e de alto risco que se

enquadram na idade menor de 45 anos para homens e menor de 55 para mulheres são identificados como risco baixo (BRASIL, 2006). Considera-se risco moderado ou de risco os indivíduos que se enquadram nos indicadores de risco baixo/intermediários ou no de alto risco e se faz necessário avaliação clínico-laboratorial, tais como solicitações de exames complementares de glicemia de jejum e perfil lipídico, para HAS e DM solicita-se creatinina, exame de urina tipo I e eletrocardiograma, e para DM é solicitado teste Hemoglobina glicada e microalbuminúria, se ausência de proteinúria no exame de urina (SIMIÃO et al, 2013).

Após análise inicial da avaliação e classificação de risco iniciamos o escore de Framingham, que é realizado em três etapas, sendo aplicável para homens e para mulheres (BRASIL, 2006). Conforme a figura 2.

Figura 2 Escore de Framingham

 Figura 2 Escore de Framingham

Fonte: (BRASIL, 2006)

Na primeira etapa é coletadas informações sobre idade, LDL-C, HDLC, pressão arterial, diabete e tabagismo. Na segunda etapa é feito a somatória dos fatores e na terceira etapa é classificado o risco cardiovascular em 10 anos. Ao estimar o risco cardiovascular em 10 anos a equipe de saúde terá subsídio para traçar a periodicidade do atendimento e realizar plano terapêutico de curto, médio e em longo prazo de forma singular e coletivo do território visando a importância da adoção de estratégias de atenção integral para um efetivo controle desses fatores de risco visando à prevenção da doença e de seus agravos, principalmente para os que se enquadram nos eventos cardiovasculares maior por apresentar 20% de chance a mais de risco de morta em 10 anos, e maior incidência de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2006).

Portanto se faz necessário um plano terapêutico singular do indivíduo e do território, com base na estratificação de risco da doença cardiovascular. Para isso o serviço de saúde tem que possuir capilaridade, descentralização, e articulação com as demais redes de serviço da saúde e que seja próxima da vida das pessoas (BRASIL, 2006). A atenção básica possui todas essas características e é considerada a porta de entrada do serviço o que favorece o trabalho em consonância com os princípios do SUS, que são eles: universalidade, acessibilidade, e continuidade do cuidado, integralidade da atenção, humanização e a equidade. Os princípios do SUS permitem a efetividade e a eficácia das linhas de cuidado. Proporciona melhoria na cobertura do serviço de saúde favorecendo a clínica ampliada através do atendimento ambulatorial a demanda agendada e espontânea além de favorecer a articulação com serviço da Estratégia Saúde da Família que tem a flexibilidade de fornecer a saúde na residência do indivíduo e fazer a busca ativa através das visitas domiciliares e realizar o reconhecimento do perfil populacional (BRASIL, 2012).

Objetivo Geral:

Diminuir as internações e óbitos por complicações da doença cardiovascular em hipertensos e diabéticos.

Objetivo Específico:

1. identificar os pacientes com alto risco;
2. melhorar o cuidado integral às pessoas com doença crônica não transmissível, especialmente com alto risco cardiovascular;
3. educar a população sobre risco cardiovascular.

Método

O estudo será realizado no município de São Caetano do Sul- SP, na Unidade Básica de Saúde “Nair Spina Benedictis”. O público alvo do estudo são os indivíduos com HAS e/ou DM, o enfermeiro e o médico que irão estratificar o risco cardiovascular da população utilizando os critérios de avaliação da classificação de risco segundo a escala de Framingham.

Ações: Primeiramente será feita uma capacitação para os enfermeiros e médicos para orientá-los sobre a importância e aplicabilidade da escala de Framingham para as pessoas com hipertensão e diabetes. Após a capacitação, a escala de estratificação de risco cardiovascular será aplicada pelo enfermeiro e pelo médico no atendimento ao indivíduo na consulta ambulatorial. Durante a consulta a equipe fará orientações a fim de sensibilizar a pessoa sobre a importância da co-responsabilização dos cuidados e de aderir ao tratamento.

Avaliação e Monitoramento: Para as pessoas que obterem risco baixo para a doença cardiovascular terá acompanhamento do enfermeiro e do médico a cada seis meses e para aqueles que apresentarem risco maior terá acompanhamento a cada três meses para um cuidado diferenciado. A escala de Risco de Framingham será aplicada pelo enfermeiro e pelo médico no atendimento ao indivíduo durante a consulta ambulatorial respeitando os critérios de avaliação da classificação de risco segundo a escala de Framingham. Para os indivíduos que apresentarem risco baixo para evento cardiovascular será realizado acompanhamento ambulatorial a cada seis meses pelo médico e enfermeiro. E serão convocados os indivíduos que apresentarem alto risco para acompanhamento a cada três meses com médico e enfermagem para um cuidado diferenciado.

Resultados

O presente estudo permitirá que o enfermeiro e o médico da Unidade Básica de Saúde “Nair Spina Benedictis”, realize a avaliação dos indivíduos que possuem vínculo com a equipe e faça o prognóstico do risco cardiovascular em até 10 anos utilizando o escore de Framingham. Estes dados proporcionarão a equipe o planejamento das ações de prevenção e promoção à saúde e melhor acompanhamento da saúde considerando o projeto terapêutico singular e coletivo.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php> Acesso em 20/09/2016
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. 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)
4. SIMIÃO, Antônio Felipe; PRÉCOMA, Dalton Bertolim; ANDRADE, Jadelson Pinheiro de; FILHO, Harry Correa; SARAIVA, José Francisco Kerr; OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de, PRÉCOMA, Dalton Bertolim; ANDRADE, Jadelson Pinheiro de; FILHO, Harry Correa; SARAIVA, José Francisco Kerr; OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol, v. 101 p. 1-63 n 06 ,2013. Suplemento.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.