



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ERNESTO OSVALDO VIDAL GONZALEZ

ESTRATEGIA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO RISCO
CARDIOVASCULAR, EM PACIENTES DA EQUIPE BÁSICA DE SAÚDE 01, DA USF
JARDIM AMERICA, MUNICÍPIO ITAQUAQUECETUBA/SP, ANO 2017-2018.

SÃO PAULO
2018

ERNESTO OSVALDO VIDAL GONZALEZ

ESTRATEGIA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO RISCO
CARDIOVASCULAR, EM PACIENTES DA EQUIPE BÁSICA DE SAÚDE 01, DA USF
JARDIM AMERICA, MUNICÍPIO ITAQUAQUECETUBA/SP, ANO 2017-2018.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ISABEL CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA

SÃO PAULO
2018

Resumo

Desenhamos uma estratégia de intervenção educativa com pacientes da USF Jardim América, que apresentem fatores de risco cardiovascular, utilizando princípios de educação terapêutica. O enfoque global do risco cardiovascular, trabalhando uma atuação sinérgica sobre os diferentes fatores de risco, permitirá-nos reduzir a probabilidade de apresentar-se doença cardiovascular futura, com a correspondente perda de qualidade de vida, incapacidade e mortalidade associadas.

Palavra-chave

Doenças Cardiovasculares. Equipe de Saúde. Fatores de Risco. Intervenção educativa

Introdução

A prevalência das Doenças Cardiovasculares é alta, vai em crescimento e constitui a primeira causa de morte em adultos de ambos os sexos, não só em países desenvolvidos, também em todos aqueles países com crescente desenvolvimento econômico (VEGA et al, 2006).

O 30% de todas as mortes produzidas no mundo cada ano, são atribuíveis as Doenças Cardiovasculares. Estima-se que no ano 2010 faleceram por estas causas 18.1 milhões de pessoas, das quais 80% moravam em países de renda baixa e média. A Hipertensão Arterial Sistêmica, a Dislipidemia e Tabagismo, vistos em conjunto, explicam mais do 80% das Doenças Cardiovasculares, mas a Hipertensão Arterial é o fator de risco com mais peso e associa-se com o 62% dos Acidentes Cerebro Vasculares e 49% das Cardiopatias Isquêmicas(ORDUNEZ e CAMPILLO, 2011).

As Doenças Cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil. Nos últimos anos observa-se uma redução da mortalidade por estas doenças. A redução foi mais significativa nas regiões sudeste e sul, as mais desenvolvidas do país, em grupos de idade acima de 60 anos(ABC, 2001)

As Doenças Cardiovasculares estão muito relacionadas com fatores de risco cardiovasculares. Um fator de risco cardiovascular, é uma característica biológica, ou um hábito ou estilo de vida que aumenta a probabilidade de padecer ou morrer por uma doença cardiovascular, em aqueles indivíduos que apresenta-la(LOBOS e BROTONS, 2011).

Os fatores de risco podem ser não modificáveis, como idade, sexo, fatores genéticos/historia familiar; ou modificáveis, precisamente os de maior interesse, pois em eles cabe atuar de forma preventiva: Hipertensão Arterial Sistêmica, Tabagismo, Dislipidemia, Diabetes Melito e Sobrepeso/Obesidade(particularmente Obesidade abdominal e visceral), frequentemente associados a inatividade física e estresse. estes são os denominados fatores de risco maiores e independentes, e são os que têm uma associação mais forte com Doenças Cardiovasculares. A simultaneidade de fatores de risco cardiovascular mostrou-se comum em estudo realizado no sudeste brasileiro. (VAN e MORAES, 2009).

Dados norte-americanos do ano 2015 revelaram que a Hipertensão Arterial estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% de IC e 60% com Doença Arterial Periférica. A Hipertensão é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE. (MALACHIAS, 2016)

No Brasil, a Hipertensão Arterial atinge 32% de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doenças cardiovasculares. (MALACHIAS, 2016).

Assim, a abordagem do hipertenso deve levar em conta características individuais, como coexistência de outros fatores de risco e lesões de órgãos alvo. A redução do risco global deve representar a meta em nossa prática clínica, como estratégia de prevenção cardiovascular.

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

Score de Framingham, que tem sido testado com sucesso em várias populações. Trata-se de uma escala que busca estimar o risco de um evento cardiovascular para o paciente, a partir de algumas variáveis. Sua utilização tem potencial para melhorar o controle do portador de Hipertensão Arterial no país e reduzir a ocorrência de desfechos graves para os mesmos. (BRASIL, 2006).

As tabelas de risco cardiovascular mais utilizadas estão baseadas na equação de risco do Estudo de Framingham as mais importantes são: Framingham Clássica, Framingham por categorias, Novas Tabelas de Framingham, Sociedades Européias, etc. o risco cardiovascular estabelece a probabilidade de sofrer em um determinado período de tempo, geralmente 5 ou 10 anos, um episódio cardiovascular. (NIH, 2013) O cálculo deste risco, permite valorar de uma maneira mais eficiente, a introdução do tratamento farmacológico hipolipemiante, anti-hipertensivo, ou anti-agregante, em prevenção primária em sujeitos de alto risco. (SILVA, 2014)

Por isso é importante a compreensão sobre os fatores de risco e o efeito multiplicador que têm quando associados nos evidencia a necessidade de avaliação criteriosa das pessoas sob nosso cuidado, para estabelecer os riscos absolutos de desenvolverem um evento cardiovascular. (BRASIL, 2010)

Objetivos (Geral e Específicos)

Geral

Estabelecer estratégias para intervir sobre os fatores de risco cardiovasculares, em pacientes da USF Jardim América, no município Itaquaquetuba/SP.

Específicos

.- Identificar e classificar os pacientes com risco cardiovascular na UBS Jardim América.

.- Desenvolver atividades educativas e assistenciais para diminuir o risco cardiovascular nos pacientes do projeto.

.- Comparar o risco cardiovascular após utilização das estratégias de intervenção com a utilização de critérios clínicos e laboratoriais.

Método

Este estudo caracteriza-se como um projeto de intervenção educativa, que tem como objetivo, identificar e modificar o risco cardiovascular em pacientes, na área da abrangência da Equipe Básica de Saúde 1, na UBS Jardim América, do Município Itaquaquecetuba/SP, para diminuir o aparecimento de doenças coronarianas e cérebro-vasculares. A presente intervenção, será desenvolvida em duas etapas com duração de seis meses, sendo elas análise e planejamento, intervenção e avaliação dos resultados.

Cenário

O cenário será a UBS Jardim América, que encontra-se situada geograficamente, no Distrito Perobal, zona norte do Município Itaquaquecetuba, do Estado de São Paulo.

Público-alvo e participantes

Serão os pacientes entre 40 a 70 anos de idade, de ambos sexos, do território pertencente a EBS 1, pois é a partir desta faixa etária, que a estratificação de risco tem uma maior aplicabilidade.

Os critérios de inclusão serão os pacientes com fatores de risco cardiovasculares intermediário.

No estudo participarão os integrantes da EBS 1, enfermeira, médico, auxiliar da enfermagem, agentes comunitários de saúde. Também na etapa de atividades educativas Psicólogo e Nutricionista do NASF.

Procedimento da intervenção.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas aos pacientes e consulta aos prontuários, na primeira consulta os pacientes serão convidados a participar do estudo e, em caso de concordância, utilizaremos formulário padronizado (Anexo 1), com questões fechadas, que visarão obter informações demográficas e identificação de fatores de risco cardiovascular. Os fatores a identificar serão: Idade, sexo, história familiar de evento cardiovascular prévio, história pregressa de doenças como Hipertensão Arterial, Diabetes, Infarto Agudo do Miocárdio, angina Pectori, Acidente Cérebro-vascular, Doença Renal Crônica, Dislipidemia, Obesidade, Tabagismo. Também serão obtidas informações sobre fatores de risco concomitantes como sedentarismo e hábitos de consumo excessiva de sal e gorduras.

Operacionalização das algumas variáveis do estudo:

Idade: Utilizaremos as seguintes faixas etárias.

40 a 44 anos, 45 a 49 anos, 50 a 54 anos, 55 a 59 anos, 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos de idade.

Sedentarismo:

Consideraremos não sedentário o indivíduo que pratique atividades físicas regularmente, pelo menos 30 minutos por dia, três ou quatro vezes à semana.

Obesidade:

A aferição do peso e da altura serão feita no indivíduo com roupas leves e sem sapatos, de acordo com técnica padronizada e para o cálculo do IMC a través da fórmula $IMC = \frac{Peso}{altura^2}$.

Considerando-se.

Sobrepeso IMC entre 25 e 29.9

Obesidade Grau I IMC entre 30 e 34.9

Obesidade Grau II IMC entre 35 e 39.9

Obesidade Grau III IMC igual ou maior que 40.

Colesterol Total

Menor que 160 miligrama por decilitro

Entre 160 e 199

Entre 200 e 239

Entre 240 e 279

Maior ou igual que 280

HDL-Colesterol

Maior ou igual que 60

Entre 50 e 59

Entre 40 e 49

Menor que 40

Pressão Arterial Sistólica

Menor que 120 mmHg

Entre 120 e 129

Entre 130 e 139

Entre 140 e 159

Maior ou igual que 160

Depois classificaremos aos pacientes segundo seus fatores de risco. Se o paciente apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o risco

cardiovascular, pois ele é considerado como baixo risco cardiovascular e terá menos que 10% de chance de morrer por Acidente Vascular Cerebral ou Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) nos próximos 10 anos. Se apresentar mais do que um fator de risco baixo/intermediário, calcularemos o risco cardiovascular, utilizando o Escore de Risco de Framingham (8), pois esse paciente pode mudar para baixo, para alto ou permanecer como risco intermediário. Sendo este grupo nosso objeto de intervenção. Se apresentar ao menos um fator de risco alto cardiovascular, não há necessidade de calcular o risco cardiovascular, pois esse paciente é considerado como alto risco cardiovascular e terá mais ou igual a 20% de chance de morrer por ACV ou IAM nos próximos 10 anos.

Aos pacientes objeto do estudo aplicaremos outro questionário (Anexo 2) que incluirá: Aferição do peso, altura para calcular o índice de massa corporal (IMC), a circunferência abdominal, a pressão arterial e também solicitaremos exames laboratoriais como Glicemia de jejum, Colesterol Total, HDL-Colesterol, HDL-Colesterol, Triglicerídeos.

Após disso, calcularemos o risco absoluto de eventos coronários(morte, IAM e Angina Pectori) em 10 anos (Anexo 3), por Escore de Risco de Framingham (ERF). Uma vez agrupados em Baixo, Intermediário e Alto Risco Cardiovascular, serão agendadas consultas individuais mensalmente por um período de seis meses. Em cada retorno, serão aferido o peso corporal, circunferência abdominal e pressão arterial, além de serem reforçados as orientações sobre medidas de control não farmacológicas e tratamento farmacológico.

Aplicaremos temas da estratégia de intervenção educativa, que terão uma duração de uma hora, com periodicidade semanal. A educação em grupos serão planejadas, procurando oferecer estratégias que estimulassem as mudanças de estilo de vida por meio da metodologia dialógica e participativa, com o favorecimento da escuta, reflexão e problematização da realidade do usuário com risco cardiovascular, para trocar as necessidades reais em sentidas por os pacientes, que a maioria das vezes desconhecem o risco cardiovascular.

Os grupos serão organizados de forma que possuísse, em cada sessão educativa, um número de 25 pacientes e participaram das atividades a EBS da Atenção Primária, previamente capacitado, com apoio de Psicologista e nutricionista do NASF.

Os temas da estratégia educativa seram:

- * Risco cardiovascular. importância da sua avaliação e conhecimento.
- * HAS, Diabete e Dislipidemia. Ações de prevenção, controle e tratamento.
- * Hábitos tóxicos. Repercussão sobre o Sistema Cardiovascular.
- * Sedentarismo. Importância da atividade física periódica.
- * Alimentação saudável. Orientações nutricionais.
- * Ao final da estratégia, novamente faremos avaliação dos valores de pressão arterial, IMC, circunferência abdominal, glicemia de jejum, CT, HDL-C, VDL-C, TG. E novamente calcular o risco cardiovascular por ERF.

Todos os dados coletados seram tabulados, utilizando o Programa Microsoft Excel, para melhor compreensão dos resultados, compararemos os valores obtidos antes e após da intervenção, para estabelecer as mudanças acontecidas

* nos referidos parâmetros da intervenção.

Resultados Esperados

O enfoque global do risco cardiovascular, com uma atuação sinérgica sobre os diferentes fatores de risco cardiovascular, mediante intervenção educativa e assistencial específicas, em seu manejo clínico, permitirá-nos reduzir a probabilidade de apresentar doença cardiovascular futura, com a correspondente perda de qualidade de vida, incapacidade e mortalidade associada.

Referências

ABC - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA de CARDIOLOGIA - Tendência do Risco de Morte por Doenças Circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. Ass. Bras. Cardiol, volume 76(no.6)497-503,2001. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2001/7606/7606007.pdf-007>. Acesso em novembro/2017.

BRASIL. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde,2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicações/cab15>. Acesso em novembro/2017.

BRASIL. CAB No.29-Rastreamento-Portal do Departamento de Atenção Primária. Brasília. DF. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicações/cab29>. Acesso em novembro/2017.

LOBOS, B. J. M, BROTONS C.C, Fatores de Risco Cardiovascular e Atenção Primária: Avaliação e intervenção, Atenção Primária,2011:668-677. Disponível em: <http://medes.com/publication/70575>. Acesso em novembro/2017.

MALACHIAS M. V. B., et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-Publicações. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016HipertensãoArterial.pdf>. Acesso em novembro/2017.

NIH - NATIONAL HEART. Estimate of 10- Year Risk for Coronary Heart Disease Framingham Point Score, 2013. Disponível em: www.nhlbi.nih.gov/.../10-year-risk-framingham-tables. Acesso em novembro/2017.

ORDUNEZ, G. P., CAMPILLO, A. C.,eds. Washington, D.C: OPS. 2011. Prioridades para la salud cardiovascular en Las Américas. Mensajes claves para los decisores. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000206>. Acesso em novembro/2017.

SILVA, D. D. C, et al. Fatores de Risco Cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipe de saúde da família. Cienc. Saúde coletiva vol. 19 No. 6 Rio de Janeiro June 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196>. Acesso em novembro/2017.

VAN E. E.B. B. .D, MORAES C.L. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. CAD Saúde Pública 2009; 25(1): 111-123. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/12.pdf. Acesso em novembro/2017.

VEGA L. S. et al. Fatores de risco das Doenças Cardiovasculares no Perú. Revista Peruana de Cardiologia, Volume XXXIX, No. 1 Janeiro 2006. Disponível em: <http://sisbid.unmsm.edu.pe/brevistas/cardiologia/v32n2/pdf/ao2.pdf>. Acesso em novembro/2017.