



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANGELA MARIA DE FARIAS KLEY

SISTEMATIZAÇÃO DO AGENDAMENTO DE CONSULTAS DE PACIENTES
HIPERTENSOS COM ALTO RISCO CARDIOVASCULAR NA USF VI DR. FLAVIO
CELSO NEGRÃO DA CIDADE DE AVARÉ/SP.

SÃO PAULO
2019

ANGELA MARIA DE FARIAS KLEY

SISTEMATIZAÇÃO DO AGENDAMENTO DE CONSULTAS DE PACIENTES
HIPERTENSOS COM ALTO RISCO CARDIOVASCULAR NA USF VI DR. FLAVIO
CELSO NEGRÃO DA CIDADE DE AVARÉ/SP.

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: KARINA MARTNS MOLINARI MORANDIN

SÃO PAULO
2019

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação e sustentação dos níveis de pressão sanguínea, frequentemente associadas com mudanças nas funções e/ou estruturas de órgãos alvos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e no metabolismo, que leva ao aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Acomete cerca de 20% da população brasileira, de diferentes faixas etárias e constituem um contingente significativo na demanda por internações e nos custos com despesas médicas e sociais. Com isto, a estratificação de pacientes hipertensos de acordo com o Escore de Risco de Framingham permite definir o risco cardiovascular em baixo, moderado e alto, para que pacientes que possuem necessidades de saúde semelhantes sejam atendidos com recursos e tecnologias específicos. Desta maneira, este projeto tem por objetivo aprimorar o seguimento de pacientes portadores de HAS com alto risco cardiovascular, para que se possa compreender os comportamentos dos usuários hipertensos da USF VI Dr. Flavio Celso Negrão de Avaré/SP. Espera-se por meio deste projeto contribuir para o enfretamento desta doença crônica na atenção primária, com vistas a garantir que os usuários consigam ter cuidado mais individualizado e voltado para suas necessidades, melhor qualidade de vida, redução dos índices de internações hospitalares e diminuição dos custos relacionados à HAS ao sistema de saúde.

Palavra-chave

Hipertensão Arterial. Estratificação de Risco Cardiovascular. Atenção Primária à Saúde.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação e sustentação dos níveis de pressão sanguínea, frequentemente associadas com mudanças nas funções e/ou estruturas de órgãos alvos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e no metabolismo, que leva ao aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), tais como: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca (BRASIL, 2011).

A HAS acomete cerca de 20% da população brasileira, de diferentes faixas etárias, contudo, com maior prevalência entre indivíduos com idade entre 30 e 65 anos, sendo que as doenças cardiovasculares associadas à HAS constituem um contingente significativo na demanda por internações e nas despesas hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011), bem como é responsável por grande parte dos custos com despesas médicas e sociais (LUCENA; MEDEIROS; DANTAS, 2011; LÓPEZ-JARAMILLO et al., 2014). Na USF VI Dr. Flavio Celso Negrão de Avaré/SP, com 3964 usuários, dos quais 374 são hipertensos, 35 tem doença cardíaca, 29 apresentam sequelas de doenças cerebrovasculares e 26 sofreram infarto.

Vários fatores estão relacionados com a incidência e prevalência da HAS, que são: tabagismo, elevados níveis de estresse, ingestão excessiva de sódio, etilismo, excesso de peso. Estes fatores possuem como característica marcante a possibilidade de estabelecer o controle por meio de terapia não medicamentosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013). Na USF VI Dr. Flavio Celso Negrão de Avaré/SP, dos 3964 usuários, 228 fumam, 96 fazem uso de álcool e 268 estão acima do peso.

Uma forma eficiente de atuação no combate à HAS é através da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio das equipes multiprofissionais, desde que elas atuem na realização de atividades preventivas, realize o acompanhamento e o controle dos pacientes portadores de HAS, promovendo um cuidado integral.

Todavia, são observadas dificuldades relacionadas ao cuidado desses pacientes, dentre as quais se destaca a relacionada à sistematização da rotina de seguimento através de consultas médicas e de enfermagem, uma vez que muitos pacientes não realizam seguimentos nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e buscam por consulta médica quando possuem algum evento agudo na saúde (STARFIELD, 2002; OPAS, 2011).

A literatura científica traz que os principais fatores relacionados a não utilização de consultas em pacientes com HAS sistêmica estão: o baixo nível socioeconômico, gênero masculino, faixa etária mais jovem, pior auto percepção de saúde, esquecimento e o tipo de assistência disponível, particular ou pública (FERREIRA et al., 2009).

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, geralmente associado ao diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático da HAS, é descrita como um dos principais fatores

geradores de agravos da HAS (FOROUZANFAR et al., 2017).

Esta não adesão está relacionada com baixos níveis socioeconômicos, prescrição de programas terapêuticos complexos e insatisfação com o serviço de saúde (ANDRADE et al., 2014).

Além disto, o curso assintomático da HAS contribui para a falta de entendimento e muitos pacientes acabam acreditando que a doença pode ser tratada com terapias não farmacológicas, como alívio do estresse e remédio caseiro (ANDRADE et al., 2014).

Uma maneira eficiente de melhorar os indicadores de acompanhamento de pacientes com HAS, aconselhada pelo Ministério da Saúde, é na estratificação de pacientes hipertensos de acordo com o Escore de Risco de Framingham (ERF) para doenças cardiovasculares. O ERF baseia-se em diferentes fatores preditores de risco, tais como, a idade, os níveis de LDL, HDL, pressão arterial, diabetes e tabagismo. A cada variável é atribuído um valor numérico, específicos para homens e mulheres, que ao final geram o risco cardiovascular em baixo (<10%), moderado (10% a 20%) e alto (>20%) (BRASIL, 2013)

Essa estratificação permite identificar pacientes que possuem necessidades de saúde semelhantes e que devem ser atendidos com recursos e tecnologias específicos, promovendo o princípio da equidade do SUS. Permite também elaborar planos de cuidados específicos (BRASIL, 2017) e estratégias preventivas (BRASIL, 2006), além de estimar a probabilidade da ocorrência de um evento coronariano, fatal ou não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Evidências sugerem que a utilização da estratificação de risco cardiovascular na APS está relacionada com aumento na qualidade da atenção à saúde e maior eficiência operacional, principalmente dos escassos recursos de saúde, pois atenua falhas associadas a suboferta de cuidados para usuários de maiores estratos de risco e a ofertas em excessos para aqueles de estratos menores, entretanto, esta rotina de trabalho não está presente em muitas unidades de saúde, provocando problemas relacionados à oferta de cuidados não eficientes e desalinhados com as necessidades dos usuários do SUS (BRASIL, 2011).

Objetivos (Geral e Específicos)

OBJETIVO GERAL

Aprimorar o seguimento de pacientes portadores de HAS com alto risco cardiovascular, por meio da estratificação de risco cardiovascular de usuários hipertensos cadastrados na USF VI Dr. Flavio Celso Negrão de Avaré/SP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar a estratificação de risco cardiovascular através do Escore de Framingham para Doença Cardiovascular, utilizando dados coletados por meio de entrevistas com pacientes hipertensos cadastrados na USF VI Dr. Flavio Celso Negrão, realizadas entre agosto e dezembro de 2018.

Avaliar as repercussões clínicas do paciente com HAS e com alto risco cardiovascular, após o período de 4 meses da realização da estratificação de risco e do início das consultas médicas programadas.

Sensibilizar os usuários e os gestores da USF sobre a necessidade de acompanhamento contínuo da HAS e sobre a realização de estratégias preventivas para evitar o aumento da prevalência de usuários na classe de alto risco cardiovascular.

Promover Educação em Saúde com usuários cadastrados na USF, hipertensos ou não, com vistas a garantir melhoria contínua da qualidade de vida.

Método

O presente projeto foi desenvolvido para que se possa compreender os comportamentos dos usuários hipertensos da USF VI Dr. Flavio Celso Negrão de Avaré/SP, principalmente, dos classificados como alto risco cardiovascular através do Escore de Framingham para Doença Cardiovascular, possibilitando a adoção de estratégias efetivas através das consultas médicas mensais no controle da HAS e realizar os agendamentos de consultas seguindo a estratificação de risco proposta.

A coleta dos dados dos usuários com alto risco cardiovascular foi realizada entre os períodos de agosto a dezembro de 2018, sendo a amostra composta por 31 pacientes cadastrados na USF dos 3964 usuários, selecionados de forma não-probabilística e por conveniência. Participaram 12 indivíduos do gênero masculino e 19 do gênero feminino, com idade entre 49 e 72 anos, dos quais 21 relatavam alimentação inadequada, 15 eram fumantes, 17 esquecem com frequência de seguir a terapêutica medicamentosa, 17 com diagnóstico de diabetes mellitus do tipo 2, 9 apresentam níveis de colesterol limítrofe, 19 com níveis elevados de colesterol, 25 com histórico de sedentarismo, 6 eutróficos e 12 com sobrepeso, além de 4 com obesidade grau I, 2 com obesidade grau II e 3 com obesidade grau III.

Adotou-se os seguintes critérios de elegibilidade:

Ser usuário cadastrado na USF VI Dr. Flavio Celso Negrão de Avaré/SP;

Possuir idade entre 30 e 74 anos;

Ser classificado como alto risco cardiovascular no Escore de Framingham para Doença Cardiovascular;

Apresentar em seu prontuário clínico resultados de exames referentes aos níveis de colesterol total, HDL (*High Density Lipoproteins*) e LDL (*Low Density Lipoproteins*), realizados em 2018;

A utilização do Escore de Risco de Framingham para Doença Cardiovascular, deu-se pelo aplicativo TelessaúdeRS/UFRGS, para estimativa do risco de indivíduos desenvolverem nos próximos 10 anos um evento cardiovascular maior que o infarto agudo do miocárdio ou morte por determinada causa cardiovascular. A escolha deste escore baseia-se no Protocolo Ministerial de Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal.

A realização deste projeto iniciou-se com a recepção dos pacientes na USF VI Dr. Flavio Celso Negrão, pré-consulta com a equipe de enfermagem e aferição da pressão arterial no membro superior esquerdo, com os pacientes na posição sentada (90° de quadril e joelho), na qual se utilizou esfigmomanômetro aneroide Premium[®] e estetoscópio Premium[®], previamente calibrado. A cada consulta do paciente na unidade este processo repetia-se.

Durante a consulta médica o paciente recebia orientações sobre a temática da hipertensão

arterial, desde a definição de hipertensão arterial sistêmica, passando pela influência de bons hábitos de vida, até formas de tratamento e principais complicações da doença, além dos objetivos e métodos da pesquisa e após a compreensão e aceitação dos termos, os pacientes realizavam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Realizava-se também as análises dos exames de LDL e HDL, todos realizados no laboratório de análises clínicas da Santa Casa de Misericórdia de Avaré/SP, foram considerados como valores de referência para LDL < 130mg/dL e para HDL 40-60mg/dL, conforme orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Por fim, realizava-se a Estratificação de Risco Cardiovascular. Eram realizadas também palestras focadas na Educação em Saúde para os usuários e colaboradores da USF.

Em seguida, realizava-se a pós-consulta com a equipe de enfermagem, concluindo com o agendamento automática da consulta médica em 30 dias. Todo este processo repetiu-se por 4 meses.

Resultados Esperados

Por meio deste projeto espera-se ser possível traçar o perfil epidemiológico da HAS na USF VI Dr. Flavio Celso Negrão de Avaré/SP, analisar a prevalência de hipertensos com alto risco cardiovascular e identificar fatores de risco característicos desta população e assim sensibilizar maior número de usuários possíveis sobre a importância do acompanhamento contínuo da HAS, bem como da adesão aos métodos de tratamento farmacológicos e não-farmacológicos.

Espera-se, também, contribuir para o enfretamento desta doença crônica na atenção primária, com vistas a garantir que os usuários consigam ter cuidado mais individualizado e voltado para suas necessidades, melhor qualidade de vida, redução dos índices de internações hospitalares e diminuição dos custos relacionados à HAS ao sistema de saúde.

Elevar a capacidade de trabalho da equipe, garantido maior cobertura da população com HAS e risco cardiovascular aumentado, e maior adesão ao tratamento dos hipertensos cadastrados.

Melhorar as condições clínicas dos usuários hipertensos com alto risco cardiovascular, reduzir as complicações decorrentes da HAS, melhorar os padrões bioquímicos dos pacientes e tornar regular a estratificação de risco cardiovascular de pacientes hipertensos.

Espera-se, ainda, promover modificações de hábitos de vida nesta população, como maior adesão em programas de atividade física, maior adesão ao tratamento farmacológico, modificações nos hábitos alimentares e no estilo de vida, e conseqüentemente reduzir os índices de hipertensos sedentários e com sobrepeso ou obesidade.

Por fim, promover atividades realizadas de forma planejada e organizada, maior satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pela USF e tornar o usuário ator ativo do processo de saúde, além de promover condutas padronizadas e processos de trabalho organizados.

Referências

- ♦ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol, v. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010.
- ♦ LUCENA, M.M.; MEDEIROS, J.C.; DANTAS, R.C.O. Conhecimento de Portadores de Hipertensão Arterial Acerca de seu Tratamento. Fiep Bulletin, v. 81, (spe. ed. - Article II), 2011.
- ♦ LÓPEZ-JARAMILLO, P.; SÁNCHEZ, R.A.; DIAZ, D.; COBOS, L.; BRYCE, A.; PARRA-CARRILLO, J.Z., et al. Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. Arq Bras Endocrinol Metab, v. 58, n. 3, p. 205-25, 2014.
- ♦ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol, v. 107, supl. 3, p. 1-104, 2016.
- ♦ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Informações gerais sobre a hipertensão no mundo. 2013.
- ♦ STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- ♦ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS Brasília: OPAS; 2011.
- ♦ FERREIRA, S.R.S.; BIANCHINI, I.M.; GLASENAPP, R.; NADER, E.K. et al. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2009.
- ♦ FOROUZANFAR, M.H.; LIU, P.; ROTH, G.A.; NG, M.; BIRYUKOV, S.; MARCZAK, L. et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. Jama, v. 317, n. 2, p. 165-182, 2017.
- ♦ ANDRADE, J.P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE, M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. Arquivos brasileiros de cardiologia, v.79, n.4, p.380-384, 2014.
- ♦ Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017.
- ♦ Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, n. 14, p. 54, 2006.
- ♦ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol, v. 101, n. 6, supl. 2, 2