

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

SUELLEN PORTO DA MOTA

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR DE HIPERTENSOS DA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ SILVEIRA ROCHA EM
CAETITÉ - BAHIA**

Caetité, Bahia
2015

SUELLEN PORTO DA MOTA

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR DE HIPERTENSOS DA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ SILVEIRA ROCHA EM
CAETITÉ - BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Universidade Federal do
Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica em Saúde

Orientador (a): Prof. Mayara Cristina Abas Frazão

Caetité - Bahia
2015

Mota, Suellen Porto da

Estratificação de risco cardiovascular de hipertensos da Unidade de Saúde da Família José Silveira Rocha em Caetité - Bahia/Suellen Porto da Mota. – São Luís, 2016.

19 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2016.

1. Hipertensão. 2. Doenças cardiovasculares. 3. Gestão em Saúde.
I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

SUELLEN PORTO DA MOTA

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR DE HIPERTENSOS DA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ SILVEIRA ROCHA EM
CAETITÉ - BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Universidade Federal do
Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica em Saúde

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Mayara Cristina Abas Frazão
Mestre em Odontologia
UFMA

Membro da banca
Maior titulação
Nome da Instituição

Membro da banca
Maior titulação
Nome da Instituição

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil. Os principais fatores de risco para essas doenças são a hipertensão arterial, a dislipidemia, tabagismo e diabetes. A prevalência de hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Este trabalho tem como objetivo estratificar o risco cardiovascular de hipertensos da unidade de saúde da família utilizando o escore de risco de Framingham e controlar a assiduidade destes pacientes. Concluiu-se que ao estratificar estes pacientes, a aplicação de medidas preventivas conforme o risco pode reduzir complicações cardiovasculares, bem como morbidade e mortalidade, melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão. Doenças cardiovasculares. Gestão de Saúde.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in Brazil. The main risk factors for these diseases are hypertension, dyslipidemia, smoking and diabetes. The prevalence of hypertension is high, it is estimated that about 15% to 20% of the adult Brazilian population can be labeled as hypertensive. This paper aims to stratify the cardiovascular risk of hypertensive family health unit using the Framingham risk score and control the attendance of these patients. It was concluded that to stratify these patients, the application of preventive measures as the risk can reduce cardiovascular complications and morbidity and mortality, improving quality of life.

Keywords: Hypertension. Cardiovascular diseases. Health management.

SUMÁRIO

	p.
1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	06
1.1 TÍTULO	06
1.2 EQUIPE EXECUTORA	06
1.3 PARCERIAS INSTITUCIONAIS	06
2 INTRODUÇÃO	06
3 JUSTIFICATIVA	08
4 OBJETIVOS	09
4.1 Geral	09
4.2 Específicos	09
5 METAS	10
6 METODOLOGIA	10
7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	12
8 IMPACTOS ESPERADOS	13
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS.....	15
ANEXOS	16

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR DE HIPERTENSOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ SILVEIRA ROCHA EM CAETITÉ - BAHIA

1.2 EQUIPE EXECUTORA

- Suellen Porto da Mota
- Mayara Cristina Abas Frazão

1.3 PARCERIAS INSTITUCIONAIS

- Secretaria Municipal de Saúde de Caetité - Bahia

2 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial, uma entidade clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). A prevalência de hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Embora predomine na fase adulta, sua prevalência em crianças e adolescentes não é desprezível (KOHLMANN JR.,1999).

Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio. Devido à magnitude do problema, tem sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos para diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. (KOHLMANN JR.,1999)

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil. Os principais fatores de risco para essas doenças são a hipertensão arterial, a dislipidemia, tabagismo e diabetes. Uma fórmula de previsão na população em geral da probabilidade de doença coronariana é calculada baseada nos resultados do Framingham Heart Study. (LOTUFO, 2008)

Frente a um paciente com dislipidemia, o primeiro passo na estratificação de risco é na identificação de manifestações clínicas da doença aterosclerótica ou de seus equivalentes, como diabetes mellitus, doença vascular periférica etc. Indivíduos assim identificados têm risco maior que 20% em 10 anos, de apresentar um evento cardiovascular. Para os demais casos, a estratificação deve ser feita pelo escore de Framingham, que possibilita a classificação dos indivíduos em risco baixo (probabilidade < 10% de infarto agudo do miocárdio ou morte por doença aterosclerótica no período de 10 anos), risco intermediário (probabilidade entre 10 e 20%) e risco elevado (probabilidade > 20%). (VILAR, 2013)

Fatores de risco bem caracterizados contribuem para o risco cardiovascular. A integração desses fatores de risco, usando estimativas de risco absoluto de eventos cardiovasculares em 10 anos pelo escore de risco de Framingham, adaptado do National Cholesterol Education Program (NCEP-ATP III), é utilizada para orientar a terapêutica. A avaliação do risco global tem particular importância no manuseio dos lipídios, já que a meta terapêutica de LDL-colesterol é determinada pela categoria de risco de determinado indivíduo. (VILAR, 2013)

De acordo com faixa etária, sexo, valores de pressão arterial sistólica, valores da razão entre o colesterol total e a fração HDL, presença de tabagismo e diagnóstico de diabetes, é possível estabelecer o risco de infarto do miocárdio e angina do peito em dez anos. (LOTUFO, 2008)

O primeiro passo na estratificação de risco é a identificação de manifestações clínicas da doença aterosclerótica ou de seus equivalentes, como a presença de diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2, infarto do miocárdio ou síndrome coronariana aguda prévia, revascularização miocárdica, acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório, angina estável, estenose carotídea maior que 50%, insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica, dentre outros. Quando presentes, essas condições automaticamente identificam o paciente como portador de aterosclerose clínica e probabilidade > 20% para infarto agudo do miocárdio ou morte por doença aterosclerótica no período de 10 anos e, portanto, de alto risco cardiovascular. (VILAR, 2013)

Para indivíduos sem tais condições, é possível por meio do escore de risco de Framingham estratificar os pacientes nas faixas de baixo risco (probabilidade <10% de IAM ou morte por DAC no período de 10 anos), risco intermediário (probabilidade entre 10 e 20%) ou alto risco (probabilidade > 20%). (VILAR, 2013)

A avaliação clínica do risco de eventos coronarianos com base no escore de risco de Framingham apresenta falha nos indivíduos de baixo e médio risco, nos quais ocorre grande parte dos eventos, na avaliação do risco cardiovascular a curto prazo e subestima o risco nos jovens, nas mulheres, e nas pessoas muito idosas. Assim, pacientes que, de início, apresentam risco baixo ou intermediário na avaliação por meio do escore de Framingham devem ser avaliados quanto a presença de fatores agravantes de risco. Na presença de qualquer um dos fatores agravantes (história familiar de DAC prematura, Síndrome Metabólica, Insuficiência Renal Crônica, Microalbuminúria ou Macroalbuminúria, Hipertrofia ventricular esquerda, Proteína C reativa de alta sensibilidade >3mg/L na ausência de etiologia não aterosclerótica), propõe-se que esses indivíduos sejam reclassificados para a categoria imediatamente superior de risco cardiovascular. (VILAR, 2013)

No município de Caetité – BA, na unidade de saúde da família José Silveira da Rocha replica-se a prevalência nacional de hipertensos como usuários da equipe de saúde. Devido a isso, essa população foi escolhida como enfoque de intervenção, visando um impacto maior e de longo prazo.

Com isso a proposta deste plano de ação é estratificar o risco cardiovascular dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde da Família José Silveira da Rocha em Caetité – Bahia. Para tal estratificação será utilizado o escore de Framingham, devido à facilidade de reprodução do mesmo. A partir da definição do risco cardiovascular de cada hipertenso pelo escore, será realizado um controle da assiduidade dos pacientes nas consultas programadas ou agendadas, com temporalidade de retorno definida conforme seu grau de risco.

3 JUSTIFICATIVA

A maioria dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde da Família José Silveira da Rocha (Caetité - Bahia) possui pelo menos uma complicação cardiovascular ou alto risco cardiovascular pelo escore de risco de Framingham. Sendo assim, o acompanhamento mais rigoroso e organizado destes pacientes e medidas de intervenção baseadas no seu grau de risco de complicações torna-se necessário.

Visto que as complicações cardiovasculares em pacientes hipertensos quando não levam a óbito levam a incapacidade laboral, isto gera um grande impacto econômico e social para a localidade e para o indivíduo per si. Este plano de ação pode ser justificado devido à alta prevalência de hipertensos no território de cobertura da Unidade de Saúde da Família José Silveira da Rocha, visto que de 5161 usuários, são 334 hipertensos cadastrados (SIAB, 2015). Diante disso, este trabalho pode gerar como benefícios, viabilidade, baixo custo operacional e impacto que se estende além da Unidade de Saúde da Família.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Diminuir a morbidade e a mortalidade de hipertensos por complicações cardiovasculares da Unidade de Saúde da Família José Silveira da Rocha no município de Caetité – Bahia.

4.2 Específicos

- Estratificar risco cardiovascular de hipertensos do território conforme classificação de risco de Framingham;
- Programar retornos para cuidado continuado do usuário hipertenso conforme classificação de risco;
- Acompanhar assiduidade dos pacientes hipertensos em consultas médicas agendadas;
- Manter registro atualizado de todos os hipertensos do território;
- Programar estratégias de intervenção conforme classificação de risco.

5 METAS

- Estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham de pelo menos 70% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde da família José Silveira da Rocha;
- Acompanhamento programado de 70% dos pacientes conforme o grau de risco estipulado;
- Reduzir índice de complicações cardiovasculares nos hipertensos cadastrados na unidade.

6 METODOLOGIA

Trata-se de um plano de ação, exploratório, de caráter descritivo, com proposta de intervenção para o acompanhamento de um grupo de pacientes hipertensos na Unidade de Saúde da Família José Silveira da Rocha, no município de Caetité-BA.

Estes pacientes serão abordados por meio das consultas de cuidado continuado já existentes de Hipertensão agendadas na unidade de saúde pelo próprio usuário ou por busca ativa pelos agentes comunitários de saúde.

A equipe executora desta proposta conta com médica, enfermeira, técnicas de enfermagem. As técnicas de enfermagem realizam a triagem pré-consulta dos pacientes (peso, estatura, circunferência abdominal, pressão arterial, glicemia capilar) os encaminhando para as consultas médica e de enfermagem, onde será realizada a classificação de risco de cada paciente.

A equipe passará por capacitação na própria unidade de saúde onde a proposta será apresentada, com divulgação das fichas de classificação de risco, tabela de Framingham que será utilizada para classificar e apresentação das propostas de intervenção conforme risco estratificado.

Para cálculo do risco será utilizada o escore de Framingham (ANEXOS I e II). Indivíduos mais jovens (homens com menos de 45 anos e mulheres com menos de 55 anos), sem manifestação de doença ou sintomas e sem nenhum dos fatores intermediários são caracterizados como sendo de baixo risco. Homens com idade superior a 45 anos e mulheres com mais de 55 anos requerem exames laboratoriais para estimar mais precisamente o risco cardiovascular. São classificados como de baixo risco os indivíduos com risco menor ou igual a 9%, em médio risco os pacientes com risco maior ou igual a 10% e menor ou igual a 19%, em alto risco os pacientes

com risco igual ou superior a 20% de acordo com as III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias.

A partir da classificação do risco de cada paciente, que será anexada em cada prontuário conforme modelo proposto (ANEXO III), o retorno dos mesmos será programado, sendo que para pacientes de alto risco foi estipulado retorno mensal, para os de risco intermediário, retorno bimensal, e para os de baixo risco, retorno trimestral. A fim de organizar esses retornos, quando os pacientes saem da consulta já se direcionam à recepção da unidade de saúde com um cartão de aprazamento para agendamento da data da próxima consulta. Assim, o controle de assiduidade destes pacientes é facilitado.

Será utilizada uma planilha contendo todos os hipertensos cadastrados no território como no modelo (ANEXO IV), com o nome do paciente, micro-área onde reside, seu grau de risco cardiovascular (Alto, Intermediário ou Baixo), datas que compareceu à unidade. Dessa forma, a equipe da Unidade de Saúde da família tem um método objetivo de controle e acompanhamento de todos estes pacientes, podendo fazer busca ativa dos pacientes faltosos por intermédios dos agentes comunitários de saúde, visto que os de Alto Risco devem comparecer mensalmente, os de Médio Risco de 2 em 2 meses e os de Baixo Risco de 3 em 3 meses.

A partir da classificação de risco de cada paciente durante as consultas médicas e de enfermagem as intervenções recomendadas em prevenção cardiovascular dos Cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde (2006) serão colocadas em prática sendo:

Intensidade	Intervenção
Baixa	Aconselhamento quanto a: Fumo Nutrição: alimentação saudável Manutenção de peso/cintura Atividade física Ênfase em medidas não farmacológicas e diurético de baixa dose para hipertensão estágio 1, quando presente Vacinação anual contra influenza em adultos > 60 anos
Média	Adicionar: Intensificação dos conselhos sobre estilo de vida

Organização da atenção com base na classificação de risco	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação parcial dos resultados							X	
Avaliação final dos resultados								X

8 IMPACTOS GERADOS

Por se tratar de uma comunidade com alto índice de hipertensos o principal impacto gerado foi a assiduidade dos mesmos nos atendimentos programados de cuidado continuado. Além disso, devido a maior frequência desses hipertensos na unidade, a identificação precoce de complicações foi facilitada.

Ainda, conta-se com a redução de complicações cardiovasculares nos hipertensos acompanhados, visto que sempre que o indivíduo foi classificado como de alto risco as estratégias propostas pelos Cadernos de Atenção Básica em Saúde foram colocadas em prática, tais como: intensificação de alvos de tratamento para hipertensão; estatinas; beta-bloqueadores para pacientes pós-infarto, angina; IECA para pacientes diabéticos e com doença renal crônica.

Portanto, o bom impacto econômico e social na Unidade de Saúde da Família José Silveira da Rocha - Caetitê - Bahia se torna claro ao passo que com o menor índice de complicações cardiovasculares nestes hipertensos os índices de absenteísmo e aposentadorias será menor a longo prazo.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica degenerativa de alta prevalência na atenção básica. A implantação de medidas educativas e farmacológicas permite o controle de sua evolução, prevenindo complicações cardiovasculares e aumentando a qualidade de vida dos pacientes acometidos.

A estratificação de risco dos hipertensos na Unidade Básica de Saúde José Silveira da Rocha permite o controle mais rigoroso da assiduidade destes pacientes, com destaque para aqueles classificados como de alto risco.

A vigilância constante destes pacientes por meio da planilha de hipertensos cadastrados com previsão de retornos agendados permite a busca ativa dos mesmos, com implantação das medidas preventivas e consequente redução da morbidade e mortalidade.

REFERÊNCIAS

KOHLMANN, J.R. et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, v. 43, n. 4, p. 257-286, Aug. 1999

LOTUFO, P.A. **Framingham score for cardiovascular diseases.** Rev Med. São Paulo, 2008;87(4):232-7.

VILAR, L. et al. **Endocrinologia clínica**, 5^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

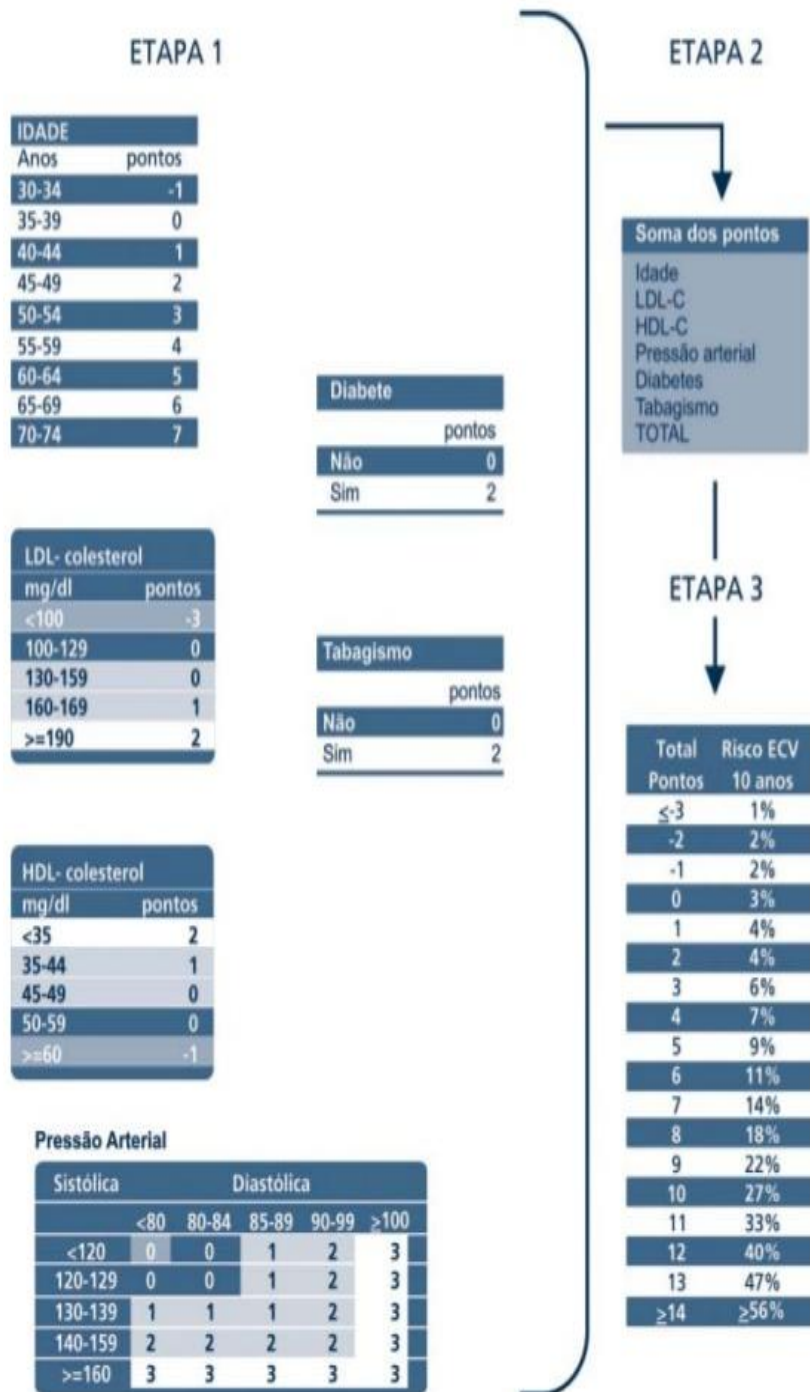
FILGUEIRA et al. **Condutas em Clínica Médica**, 4^a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007

BRASIL. **Cadernos de Atenção Primária, n15/ Hipertensão Arterial Sistêmica.** 1^a edição. Brasília: Ministério da Saúde, 58p, 2006.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, n14/ Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica.** 1^a edição. Brasília: Ministério da Saúde, 56p, 2006.

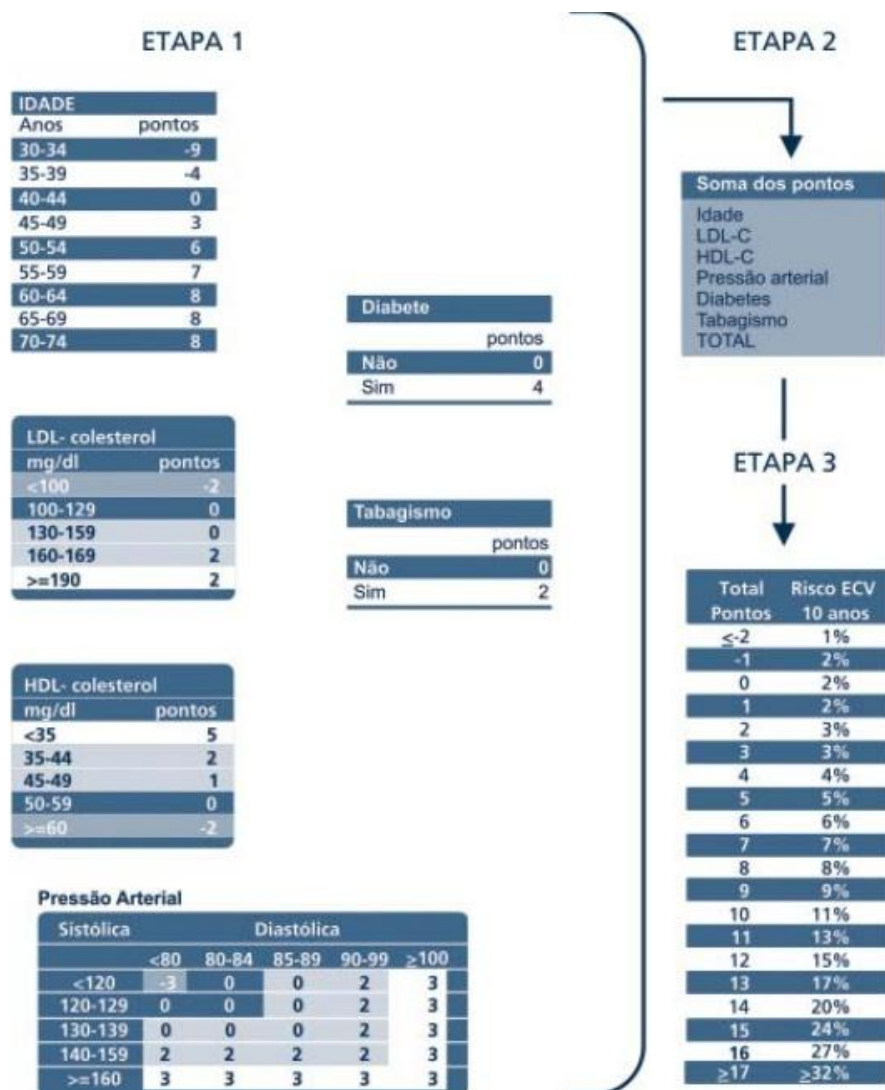
D'AGOSTINO R. B. et. al. **General Cardiovascular Risk Profile for use in Primary Care – The Framingham Heart Study.** Circulation. 117: 743-753, 2008

ANEXO I – Escore de Framingham revisado para homens



Fonte: Cadernos de atenção básica, 2006

ANEXO II – Escore de Framingham revisado para mulheres



Fonte: Cadernos de atenção básica, 2006

ANEXO III – Ficha de classificação de risco cardiovascular de Hipertensos da Unidade de Saúde da Família José Silveira Rocha



**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR
PSF: JOSÉ SILVEIRA ROCHA / NOSSA SENHORA DA PAZ

NOME: _____ DN: _____
MICRO: _____ PA: _____

Lesão de órgãos-alvo e doenças cardiovasculares:

() Hipertrofia de VE () Angina () Infarto Agudo do Miocárdio () Insuficiência Cardíaca () AVC
() Retinopatia () Doença vascular arterial de extremidades () Isquemia cerebral transitória
() Revascularização miocárdica prévia

Fatores de risco maiores:

() Tabagismo () História familiar de doença cardiovascular em:
() Dislipidemia - mulheres com menos de 65 anos
() Diabetes melitus - homens com menos de 55 anos
() Nefropatia () Obesidade
() Idade acima de 60 anos () Mulheres RCQ >0,85
() Homens RCQ >0,95

Escore de Framingham

	IDADE	HDL	COLESTEROL TOTAL	PAS NÃO TRATADA	PAS TRATADA	TABAGISMO	DIABETES	SOMA TOTAL
PONTOS								

Risco Cardiovascular

() BAIXO RISCO () MÉDIO RISCO () ALTO RISCO

Observações:

ASSINATURA

____/____/____

DATA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | CNPJ: 13.811.476/0001-54
Av. Santana, S/Nº, Centro, Caetité - BA CEP 46.400-000
Contatos: (77) 3454-8055 / 3454-8056 / 3454-3898 | www.caetite.ba.gov.br



