



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANDRE LUIS FERREIRA

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS HIPERTENSAS E
DIABÉTICAS PARA A PREVENÇÃO DE AGRAVOS CARDIOVASCULARES
CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE SAÚDE BÁSICA DE
GLICÉRIO - SP

SÃO PAULO
2020

ANDRE LUIS FERREIRA

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS HIPERTENSAS E
DIABÉTICAS PARA A PREVENÇÃO DE AGRAVOS CARDIOVASCULARES
CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE SAÚDE BÁSICA DE
GLICÉRIO - 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: VALERIA MASTRANGE PUGIN

SÃO PAULO
2020

Resumo

Este projeto foi realizado a partir da necessidade de implantação de um grupo para educação de pessoas hipertensas e diabéticas no município de Glicério - SP após observação de baixa aderência ao tratamento principalmente quanto à mudança do estilo de vida MEV.

A metodologia utilizada para seleção dos participantes foi o score de Framingham, onde os mesmos são classificados com risco baixo/intermediário e alto para evento cardiovascular nos próximos 10 anos. A partir daí uma equipe multidisciplinar desenvolverá o projeto através de palestras, controles e metas individuais.

Os resultados esperados apontam para que ao menos 50% dos participantes alcancem e mantenham as metas propostas, além dos outros benefícios alcançados, com as mudanças no estilo de vida MEV.

Palavra-chave

Programas de Rastreamento. Controle de Risco. Diabetes. Hipertensão.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Observando ao longo das consultas a difícil aderência de pacientes hipertensos e diabéticos no tratamento correto das patologias, a resistência à mudança do estilo de vida proposto, e o advento do risco de uma complicação cardiovascular iminente, nasce a problemática, assim objetivando a criação de um grupo de hipertensão e diabéticos conforme classificação de risco da escala de Framingham.

Selecionados apenas os que se encontram classificados na situação de moderado a grave para a participação do grupo, criando assim uma empatia nos participantes e uma abordagem mais intensa da equipe de saúde.

ESTUDO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são umas das principais doenças crônicas no Brasil. A HAS em adultos no Brasil atinge cerca de 32%, já em idosos na faixa etária de 60 a 69 anos essa prevalência chega a aproximadamente 50%, acima dos 70 anos 75% (BRASIL, 2013).

A HAS tem alta taxa de prevalência e baixa taxa de controle. A mortalidade cresce linearmente conforme os níveis de elevação da pressão arterial (PA). (BRASIL, 2013) No Brasil, 388 pessoas morrem por dia por hipertensão (VIGITEL, 2018).

Segundo, WILLIAMS, 2010. “Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo à maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos”.

Atualmente as pessoas são avaliadas oportunisticamente e tratadas de acordo com os seus achados clínicos ou laboratoriais isolados, e não por meio de avaliação formal e global do risco de desenvolverem doença cardiovascular. Antigamente era comum se pensar de forma estanque ou em caixinhas de problemas e tratar os pacientes por patologias isoladas, porém a realidade nos mostra a relação imbricada com que muitos fatores se inter-relacionam. Muitas das chamadas doenças que tratamos, na verdade, estão perdendo esse status para serem reclassificadas como fatores de risco. A própria Diabetes mellitus (DM) é entendida mais com um fator de risco cardiovascular, pois essa é a principal causa de morte do paciente diabético. Isso é tão marcado que essa patologia é considerada como equivalente coronariano e merece tratamento intensivo em termos de meta para controle da pressão e dos níveis de colesterol. (BRASIL, 2010)

A prevalência de DM tipo II no Brasil vem aumentando – estimasse que 7% da população sofram da doença, sendo essa a principal causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe significativamente, como um dos principais fatores de mortalidade por eventos cardiovasculares. (BRASIL, 2010)

Um estudo desenvolvido pela UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) mostrou que controles rigorosos de hemoglobina glicada em diabéticos não aumenta a sobrevivência dos pacientes diabéticos, mas sim um controle rigoroso da pressão arterial. Paciente com HAS e DM devem ter uma meta ainda mais rigorosa quando ao padrão de controle da PA, ou seja, os níveis de 140x90 mmHg devem ser ainda mais rigorosos para esses pacientes. (BRASIL, 2010)

Desse modo a compressão dos fatores de risco é imprescindível para o profissional médico de atenção básica poder realizar uma triagem e traçar o plano terapêutico adequado para cada paciente.

Explanado sobre os achados da literatura, a UBS de Glicério apresenta com urgência a necessidade de implantação do grupo de educação para pessoas com hipertensão e diabetes, devido à alta prevalência das doenças apresentadas e do grande número de pacientes classificados como alto risco de advento cardiovascular e morte nos próximos 10 anos.

AÇÕES

Partindo da problemática, a idealização da criação do grupo se dá pela baixa aderência ao tratamento ou controle da PA que leva a eventos cardiovasculares graves citados acima, selecionando a partir da estratificação de risco de Framingham os pacientes com risco de eventos cardiovasculares nos próximos 10 anos.

A escolha dos pacientes será realizada por meio da aplicação do escore, esse é aplicado em consulta com médico da atenção básica que em atendimentos anteriores deve solicitar alguns exames de rotina para que o mesmo seja aplicado, lembrando que esses exames já acompanham a triagem e o acompanhamento de rotina de hipertensos e diabéticos, os exames necessários para o escore são: glicemia de jejum, colesterol total, LDL e HDL. Os exames devem ser solicitados independentes das condições do paciente, pois, os mesmos serão usados também para meta e não só para classificação de risco.

É importante salientar que os pacientes portadores de DM, Doença Arterial Coronariana (DAC), e outras doenças encontradas no quadro abaixo já se configuram como alto risco e estão automaticamente convidadas a participar do grupo.

Determinando o risco cardiovascular

Antes de determinar o risco cardiovascular devemos classificar o paciente conforme o quadro abaixo, tabela 1, ou seja, os seus fatores de risco. (BRASIL, 2013).

Tabela 1 - Fatores de risco

Baixo risco/ Intermediário	Alto risco	
Tabagismo HAS (hipertensão) Obesidade Sedentarismo Sexo masculino Idade > 65 anos História familiar (H < 55a; M < 65a) – evento cardiovascular prévio	AVC (acidente vascular cerebral) previamente	
	IAM (infarto agudo do miocárdio) previamente	
	LESÃO PERIFÉRICA (LOA – lesão de órgão-alvo)	AIT (ataque isquêmico transitório)
		HVE (hipertrofia de ventrículo esquerdo)
		Nefropatia Retinopatia Aneurisma de aorta abdominal Estenose de carótida sintomática
DM (Diabetes mellitus)		

Fonte: BRASIL, 2010

Se o paciente apresentar apenas um fator de risco **baixo/intermediário** não há necessidade de calcular o escore de Framingham, pois, o seu risco cardiovascular é considerado baixo, e esse terá menos de 10% de chance de morrer por um infarto agudo miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) nos próximos 10 anos. (BRASIL 2010)

Caso a paciente apresente um ou mais fatores de risco **alto**, também não há necessidade de calcular o escore de Framingham, pois esse é considerado como alto risco cardiovascular e terá 20% ou mais de chances de morrer por um infarto agudo miocárdio (IAM) ou acidente

vascular cerebral (AVC) nos próximos 10 anos. (BRASIL, 2013)

Enfim os pacientes que apresentarem dois ou mais fatores de risco **baixo/intermediário**, devem ter o escore de framingham calculado, tabela 2, os dados obtidos devem ser cruzados com a tabela 3 e tabela 4, e este último mostrara a classificação do paciente. (BRASIL, 2010)

Tabela 2 - escore de framingham

HOMENS						MULHERES						
1	idade	ponto					idade	ponto				
		s						s				
	20-34	-9					20-34	-7				
	35-39	-4					35-39	-3				
	40-44	0					40-44	0				
	45-49	3					45-49	3				
	50-54	6					50-54	6				
	55-59	8					55-59	8				
	60-64	10					60-64	10				
	65-69	11					65-69	12				
70-74	12					70-74	14					
75-79	13					75-79	16					
2	Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79	Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
	<160	0	0	0	0	0	<160	0	0	0	0	0
	160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1
	200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1
	240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
	≥280	11	8	5	3	1	≥280	13	10	7	4	2
3	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79		
	Não Fumantes	0	0	0	0	0	Não Fumantes	0	0	0	0	0
	Fumantes	8	5	3	1	1	Fumantes	9	7	4	2	1
4	HDL(mg/dl)	pontos			HDL(mg/dl)	pontos						
	≥60	-1			≥60	-1						
	50-59	0			50-59	0						
	40-49	1			40-49	1						
<40	2			<40	2							
5	PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada		PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada					
	<120	0	0		<120	0	0					
	120-129	0	1		120-129	1	3					
	130-139	1	2		130-139	2	4					
	140-159	1	2		140-159	3	5					
	≥160	2	3		≥160	4	6					

Fonte: (Current, 2007; Medical Diagnosis & Treatment)

Na aplicação da tabela 2 - o escore de framingham é bem intuitivo e o objetivo é a soma dos pontos conforme o perfil do paciente, primeiro devemos escolher a coluna conforme o gênero do paciente, na sequencia seguiremos os quadros separados por números que vão de 1 a 5, no quadro 1: escolhemos o intervalo de idade em que o mesmo se encontra e anotamos a pontuação, no quadro 2: devemos resgatar os exames que foram solicitados nas consultas de

rotina, iremos cruzar o intervalo da idade com o intervalo do colesterol total e anotamos a pontuação correspondente, no quadro 3: cruzamos o intervalo de idade com a opção tabagista e não tabagista e anotamos a pontuação correspondente, no quadro 4: analisamos em que intervalo do HDL se encontra o paciente e anotamos, por ultimo, quadro 5: selecionamos o intervalo da média de PA sistólica do paciente, anotamos e somamos o valor da pontuação e enfim cruzamos com a Tabela 3 e Tabela 4.

Com o resultado da soma, olhamos a Tabela 4, e assim definimos o a chance do paciente de morrer por um infarto agudo miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) nos próximos 10 anos e o classificamos.

Tabela 3 - cálculo do percentil

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos	Total de pontos	Risco em 10 anos
<0	<1	<9	<1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	≥25	≥30
≥17	≥30		

Risco em 10 anos:
%

Risco em 10 anos:
%

Fonte: (Current, 2007; Medical Diagnosis & Treatment)

Tabela 4 - classificação conforme percentil

Grau de risco cardiovascular	Risco em 10 anos
Baixo	< 10%
Intermediário (moderado)	10-20%
Alto	> 20%

Fonte: BRASIL, 2010

Aos que aderirem o grupo serão convidados a objetivar a meta através de um acompanhamento multidisciplinar que contara com: nutricionista, psicóloga, educador físico e médico, basicamente a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Cada participante terá uma ficha de acompanhamento com os exames laboratoriais, medidas antropométricas, índice de massa corpórea (IMC), controle de PA e glicemia. A cada encontro os dados serão atualizados, exceto os exames laboratoriais que serão solicitados a cada três meses.

Os encontros serão mensais e contarão com cronograma de palestras que serão ministradas pela equipe:

Nutricionista: atuara no âmbito da reeducação alimentar, com objetivo de apresentar opções mais saudáveis e que auxiliam na perda de peso.

Psicólogo: atuara no auxílio das mudanças de hábitos, e para fixação dos conhecimentos adquiridos no grupo.

Educador físico: atuara no resgate de pessoas sedentárias estimulando o hábito do exercício físico, demonstrando e indicando o melhor pratica desportiva aos participantes.

Médico: atuara no auxílio do processo saúde-doença não só nas palestras, mas nas consultas individuais, além de realizar os controles das fichas e registrar as evoluções dos pacientes.

As metas serão de acordo com a classificação de risco, Tabela 5, e entregues de forma individual para cada paciente, os que autorizarem terão seus resultados positivos divulgados durante o andamento do grupo, como forma de motivação para o mesmo e para os colegas.

Tabela 5 - Metas

Risco cv	Alto	Intermediário	Baixo	Limite
PA	< 135/85	< 140/80	< 140/80	
LDL	< 100	< 130	< 160	< 190
CT/HDL*	< 4	< 5	< 6	< 7

Fonte: (BRASIL, 2010)

*Relação CT/HDL – Índice de Castelli. É tão importante quanto LDL.

Cada grupo terá duração de um ano.

Os pacientes que atingirem as metas estão dispensados do grupo e darão seguimento apenas na unidade de saúde com as consultas de rotina, já os que não conseguirem atingir a meta ficam convidados a participar do grupo novamente.

RESULTADOS ESPERADOS

É difícil precisar quantos dos pacientes atingirão as metas expostas na tabela 4, acima, no entanto é esperado que ao menos 50% desses atinjam e mantenham as metas.

Além das metas, apresentem mudança do estilo de vida (MEV), redução de 10% do peso corporal, redução dos níveis de ansiedade, mantenham uma atividade física de forma cotidiana saindo do sedentarismo, adotem uma alimentação balanceada e saudável, criem um compromisso com a patologia e acompanhem de forma rotineira dando o devido grau de importância e ainda mais importante levem o bom exemplo para dentro de casa e para a comunidade onde estão inseridos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica* Cad 37. Brasília: MS; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Rastreamento*. Cad 29. Brasília: MS; 2010.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

MCPHEE, S. J.; PAPADAKIS, M. A.; TIERNEY, L. M. *Current medical diagnosis & treatment*. New York: McGraw Hill, 2007.