



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

GESSIANE MARIELA NUCCI

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO  
CARDIOVASCULAR EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SÃO PAULO  
2020

GESSIANE MARIELA NUCCI

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO  
CARDIOVASCULAR EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

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: JULIANA MARCELA FLAUSINO

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

As doenças cardiovasculares são compreendidas como afecções de etiologia multifatoriais frequentes em indivíduos que estão expostos a fatores de risco como dieta inadequada, inatividade física e obesidade. A Unidade Básica de Saúde (UBS) - São Fernando localizada na rua do centeio, loteamento industrial, no município de Santa Bárbara D'Oeste, do estado de São Paulo é a responsável pela prestação de serviços básicos de saúde nesta localidade e é onde atuo como médica da família. A ausência de um Procedimento Operacional Padrão que oriente a conduta profissional durante as consultas, dificulta a uniformização dos atendimentos e culmina em uma descontinuidade do acompanhamento aos usuários portadores de doenças cardiovascular. Diante do problema da fragilidade no atendimento aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis por falta de um protocolo de cuidado aplicável durante as consultas é necessário implantar um protocolo de estratificação de risco cardiovascular na UBS-São Fernando. Realizando uma avaliação das ações propostas, espera-se: identificar um problema relevante para a comunidade da UBS; engajar a equipe de saúde em entender a situação como um problema relevante à ser trabalhado e todos terem, de modo conjunto, se articulado para a consecução dos objetivos; e buscar soluções, como horários alternativos, para localização e avaliação das pessoas em situação de risco.

## **Palavra-chave**

Controle de Risco. Educação em Saúde. Doenças Cardiovasculares. Doença Crônica.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) – São Fernando localizada na Rua do Centeio, loteamento industrial, no município de Santa Bárbara D'Oeste, do estado de São Paulo é a responsável pela prestação de serviços básicos de saúde nesta localidade e é onde atuo como médica da família. A unidade possui duas equipes de saúde da família em atuação, além de duas equipes de saúde bucal, um pediatra e um obstetra. Nossa área de abrangência é composta por uma população de 10.300 pessoas, sendo em sua maior parcela de um baixo nível socioeconômico e pertencente ao território sobre a minha atuação. A partir da análise social, econômica e de saúde da população atendida foi identificado como principal problema a ausência da aplicação de uma ferramenta para estratificar o risco cardiovascular dos pacientes acompanhados, principalmente aqueles acometidos pela hipertensão e pelo diabetes.

Para que seja possível calcular o risco cardiovascular de um determinado indivíduo, é preciso levar em consideração a avaliação de alguns parâmetros durante a anamnese, como o histórico de doenças prévias, histórico familiar, comportamento tabagista e dietético e prática de atividades físicas, além da análise de exames importantes que ajudam a compreender a condição de saúde do paciente (MAFRA, 2008).

A ausência de um Procedimento Operacional Padrão (POP) que oriente a conduta profissional durante as consultas, dificulta a uniformização dos atendimentos e culmina em uma descontinuidade do acompanhamento aos pacientes crônicos. Dessa forma, a utilização de um protocolo específico para estratificação de risco cardiovascular, como o apresentado pelo manual do Ministério da Saúde do ano de 2013 é necessária para uma melhor avaliação dos usuários e elaboração de estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (BRASIL, 2013). Além disso, o auxílio de uma ferramenta de registro de acompanhamento, principalmente para aqueles usuários com hipertensão ou diabetes que possuem um maior risco de gravidade, serve como subsídio para um melhor acompanhamento desses casos e como forma de evitar complicações decorrentes dessas patologias (PEREIRA, 2009).

Diante disso, foi elaborado um plano de ação voltado aos pacientes acometidos por doenças crônicas não transmissíveis baseado na estratificação de risco cardiovascular, com o intuito de uma melhor avaliação e acompanhamento dos casos, principalmente aqueles com maior gravidade. Para isso, a proposta é implementar, através da elaboração de um instrumento, a estratificação de risco cardiovascular dos usuários que está presente no manual do Ministério da Saúde do ano de 2013, o qual diz respeito as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Assim, será possível definir as principais estratégias de cuidado para o controle efetivo desses agravos, seja na elaboração de planos terapêuticos, quanto na oferta de atividade de prevenção através de técnicas de educação permanente (BRASIL, 2013).

## **ESTUDO DA LITERATURA**

O Diabetes Mellitus, a Hipertensão e a Dislipidemia são patologias classificadas no rol das doenças crônicas não-transmissíveis que acometem grande parte dos brasileiros (MOREIRA, 2010). Em decorrência do aumento da expectativa de vida, atrelado aos novos hábitos de alimentação, trabalho e lazer, dentre outros fatores culturais e socioeconômicos, representam, atualmente, uma das maiores causas de morbimortalidade no Brasil, devido, principalmente, à dificuldade de controle (MATOS, 2003). Além disso, são considerados fatores agravantes para complicações de saúde, como as doenças cardiovasculares, representando grande impacto na qualidade de vida de jovens e adultos, e maior custo econômico de investimentos em saúde, internações e aposentadorias (MOREIRA, 2010).

As doenças cardiovasculares são compreendidas como afecções de etiologia multifatoriais, o que dificulta as intervenções no nível de saúde, já que estas precisam englobar desde a elaboração de planos terapêuticos com estratégias medicamentosas e não medicamentosas em âmbito multiprofissional, até a oferta de ações de educação em saúde. No entanto, é discutido na literatura, que a menor exposição a fatores de risco, pode implicar em redução da mortalidade e retardamento das manifestações dessas doenças. Desta forma, as intervenções precisam estar voltadas para essa vertente (REGO, 1999).

Um inquérito realizado em 16 capitais brasileiras e desenvolvido pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e pela Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, entre 2002 e 2003, com pessoas entre 30 e 69 anos, avaliou características sociodemográficas, fatores de risco cardiovasculares modificáveis, morbidade referida e percepção da própria saúde. Nele foi possível observar a elevada prevalência de exposição dos indivíduos a fatores de risco como dieta inadequada, inatividade física, obesidade e hipertensão. A menor aglomeração de fatores de risco se deu naqueles indivíduos com maior renda e escolaridade e melhor autoavaliação de saúde. Além disso, a presença de hipertensão, associada a outras desordens metabólicas, levou ao aumento do risco cardiovascular. Dessa forma, o autor chega à conclusão de que, como forma de reverter essa elevada prevalência, é preciso aplicação de políticas públicas voltadas para a redução dos múltiplos fatores de risco para as doenças cardiovasculares (PEREIRA, 2009).

Para que seja possível calcular o risco cardiovascular de um determinado indivíduo, é preciso levar em consideração a avaliação de alguns parâmetros durante a anamnese, como o histórico de doenças prévias, histórico familiar, comportamento tabagista e dietético e prática de atividades físicas, além da análise de exames importantes que ajudam a compreender a condição de saúde do paciente (MAFRA, 2008).

Existem também escalas criadas para serem utilizadas como instrumento de avaliação do risco cardiovascular, permitindo a quantificação do risco por meio da presença simultânea de fatores de risco (MAFRA, 2008). Dentre elas, a escala de Framingham, que avalia critérios como idade, dosagem de colesterol total e HDL, níveis pressóricos de pressão arterial sistólica, diagnóstico de diabetes e tabagismo, levando em consideração a diferença de exposição entre homem e mulher. Ao final, o escore é mensurado por meio da pontuação obtida (LOTUFO, 2008).

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, o primeiro critério para avaliação do risco cardiovascular é identificar a presença de doença aterosclerótica, diabetes

mellitus ou doença renal crônica. Na presença de uma delas, o indivíduo já é classificado como alto risco, já que a chance de apresentar um evento cardiovascular em 10 anos é maior que 20%. Sem a presença de uma dessas doenças, é aplicado o Escore de Risco Global, classificado como de curto prazo, onde se estima o risco do indivíduo apresentar um evento cardiovascular, com base nos critérios estabelecidos por Framingham. Esse algoritmo aplica pontuações diferentes para homens e mulheres. São considerados em risco intermediário, homens com Escore de Risco Global entre 5% e 20% e mulheres entre 5% e 10%. Indivíduos com escores acima destes limites, são classificados como alto risco. É importante destacar que um escore de risco intermediário associado a um fator agravante, como histórico familiar de doença arterial coronariana, diagnóstico de síndrome metabólica e microalbuminúria, por exemplo, representa reclassificação para alto risco. No entanto, ainda não há no Brasil uma forma validada para avaliação de risco cardiovascular, de forma que a aplicação de mais de uma forma de classificação torna melhor a compreensão desse risco para o indivíduo (BRASIL, 2016).

Um estudo realizado em Mato Grosso do Sul, entre 2014 e 2015, com adultos hipertensos maiores de 18 anos, utilizou os mesmos critérios de avaliação do risco cardiovascular descrito pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Nele, os autores demonstram a relevância dos fatores idade e sexo para a elevação do escore de risco, apresentando maior risco em mulheres após os 45 anos de idade. Além disso, foi possível observar relação direta entre o aumento da faixa etária e a predominância ou aparecimento de fatores de risco associados para ambos os sexos (MENDEZ, 2018).

O Manual de Prevenção Cardiovascular traz ainda o Escore de Risco pelo Tempo de Vida, que avalia a probabilidade de um indivíduo apresentar um evento isquêmico a partir dos 45 anos de idade, sendo classificado como escore de longo prazo. Dessa forma, as Diretrizes Brasileiras sobre Prevenção Cardiovascular e sobre Dislipidemias adotam a combinação do Escore de Risco Geral e o de Risco pelo Tempo de Vida como opção de análise para os indivíduos acima de 45 anos em baixo risco ou risco intermediário, já que dessa maneira, é possível intensificar as mudanças de estilo de vida e adequar os métodos de controle dos fatores de risco (BRASIL, 2017).

## **AÇÕES**

Diante do problema da fragilidade no atendimento aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis por falta de um protocolo de cuidado aplicável durante as consultas é necessário implantar um protocolo de estratificação de risco cardiovascular na UBS-São Fernando, para isso é necessário:

- \* Definir o fluxo de assistência para o paciente em risco cardiovascular como forma de garantia do acesso, esse fluxo será elaborado pela enfermeira e pela médica e discutido em reunião a sua viabilidade;
- \* Elaborar propostas de ações educativas quinzenais ,desenvolvidas pela médica e enfermeira, voltadas para a redução da exposição a riscos cardiovasculares;
- \* Identificar grupos com maior risco cardiovascular através das visitas domiciliares dos ACS e da busca ativa dos faltosos as consultas.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

A partir da realização do presente projeto de intervenção, será possível perceber que as doenças cardiovasculares estão cada vez mais frequentes na população e este aumento decorre, justamente, por conta de alguns fatores de risco, tais como: dieta inadequada, inatividade física e obesidade. A realização de reuniões de equipe para sensibilização e apoio no desenvolvimento das atividades serão indispensáveis para o processo de elaboração e construção do fluxo de atendimento para o paciente com risco cardiovascular.

Com o desenvolvimento de busca ativa na comunidade será possível identificar grupos de risco para doenças cardiovasculares, assim como diversos determinantes sociais que implicam na saúde da população. As ações educativas são outro ponto chave no cumprimento dos objetivos propostos no trabalho. Pois, a partir da realização de diversas atividades, das salas de espera e dos grupos de discussões, buscará uma redução da exposição a riscos cardiovasculares.

Como em toda a situação que envolve os serviços de saúde, é difícil trabalhar com situações ideais e podemos enfrentar diversas dificuldades. Realizando uma avaliação das ações propostas, espera-se: identificar um problema relevante para a comunidade da UBS; engajar a equipe de saúde em entender a situação como um problema relevante à ser trabalhado e todos terem, de modo conjunto, se articulado para a consecução dos objetivos; e buscar soluções, como horários alternativos, para localização e avaliação das pessoas em situação de risco.



## REFERÊNCIAS

BRASIL, 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, vol 107, 2016.

BRASIL, Manual de Prevenção Cardiovascular. Sociedade de Cardiologia de Estado do Rio de Janeiro, **Planmark**, 1.ed., São Paulo, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, p.160, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, p.160, 2013.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev. Med.** São Paulo, 2008.

MAFRA, F.; OLIVEIRA, H.; Avaliação do risco cardiovascular - metodologias e suas implicações na prática clínica. **Rev. Port Clin Geral**, 2008.

MATOS, A. C.; LADEIA, A. M.; Avaliação de Fatores de Risco Cardiovascular em uma Comunidade Rural da Bahia. **Arq. Bras. Cardiologia**, vol. 81, 2003.

MATOS, A. C.; LADEIA, A. M.; Avaliação de Fatores de Risco Cardiovascular em uma Comunidade Rural da Bahia. **Arq. Bras. Cardiologia**, vol. 81, 2003.

MENDEZ, R.D.R.; et.al. Estratificação de Risco Cardiovascular entre Hipertensos: Influência de Fatores de Risco. **Rev. Bras. Enferm.** 2018.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C.; Fatores de Risco Cardiovasculares em Adultos Jovens com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, 2010.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C.; Fatores de Risco Cardiovasculares em Adultos Jovens com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, 2010.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M.; Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação de saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev. Panam Salud Publica**, 2009.

REGO, R.A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde públ.** São Paulo, 1990.