



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

STEPHANIE LASSO VARGAS

PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NUMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE DA REGIÃO DO ABC PAULISTA.

SÃO PAULO  
2020

STEPHANIE LASSO VARGAS

PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NUMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE DA REGIÃO DO ABC PAULISTA.

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: CRISTIANE LOPES DE SOUZA

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

**Após o processo de transição epidemiológica as doenças cardiovasculares representam causa importante e crescente de morbidade e mortalidade mundial e estão associadas à presença de fatores de risco cardiovascular. Os considerados mais importantes podem ser divididos em não modificáveis como associados à idade, sexo, história de doença cardíaca na família, e os modificáveis, ou seja, passíveis de controle como alimentação inadequada, sedentarismo, hiperlipemia, diabetes, hipertensão arterial e tabagismo. Na equipe Camomila da UBS Riacho Grande (São Bernardo do Campo - SP) a prevalência de pacientes portadores de doenças crônicas e sequelas de complicações destas afecções é alta e, vale ressaltar, que muitos destes pacientes com sequelas ocupam grande parte da atenção terciária do município, o que representa um gasto enorme em saúde. Portanto, o principal objetivo deste trabalho é modificar os fatores de risco cardiovasculares e diminuir a morbidade e a mortalidade por doenças cardiovasculares. Trata-se da criação de um projeto de intervenção baseado no controle dos fatores de risco modificáveis, com previsão de início para abril de 2020.**

## **Palavra-chave**

Tabagismo. Obesidade. Equipe Multiprofissional. Dieta Saudável. Dislipidemia. Diabetes. Controle de Risco.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

“A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte no Brasil e no mundo.” A cardiopatia isquêmica, os acidentes vasculares cerebrais, a hipertensão arterial (HA) e o diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) são responsáveis por grande parte dos óbitos a cada ano<sup>1</sup>. Além disso, a instalação de HA e DM2 ocorre de forma cada vez mais precoce, acometendo inclusive crianças e adolescentes<sup>2</sup>.

“No Brasil, nos últimos anos, as doenças cardiovasculares não-transmissíveis (DCNT) vêm representando 69% dos gastos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo as DCV responsáveis por alta frequência de internações. No ano de 2007 ocorreram 1.155.489 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.466.421.385,12 e um total de 91.182 óbitos”<sup>3</sup>.

Portanto, as mudanças nos padrões de morbimortalidade na população impõem novos desafios, tanto para os gestores do setor de Saúde quanto para outros setores governamentais, cujas ações tenham repercussão na ocorrência dessas doenças, no sentido de criação de estratégias que auxiliem tanto em prevenção primária quanto secundária das DCV<sup>4</sup>.

Na equipe Camomila (UBS do Riacho Grande), cerca de 10 pacientes são atendidos ao dia com algum tipo de fator de risco cardiovascular. Na maioria dos casos há falta de informação quanto à importância da melhora dos hábitos de vida, bem como na tomada correta da medicação. Tendo em vista a importância do manejo adequado das DCV, é interessante que as orientações sejam passadas de forma adequada aos pacientes.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

Alguns fatores de risco aumentam as chances de DCV. Idade, sexo, história de doença cardíaca na família são alguns exemplos destes fatores que não possuem controle, portanto não são modificáveis. Entretanto, alimentação inadequada, sedentarismo, hiperlipemia, diabetes, hipertensão arterial e tabagismo são controláveis e, por isso, devem ser o alvo preventivo do risco cardiovascular.

### **1.1. Dieta:**

O controle alimentar deve ser rigoroso, com alimentação rica em fibras, uso de gorduras de origem vegetal, carnes magras, leites desnatados e queijos brancos. Além disso, o paciente deve ser orientado a não pular refeições<sup>5</sup>. O Ministério da Saúde lançou várias cartilhas com orientações de alimentação adequada, entre elas os “10 passos para alimentação saudável”, ilustrado na tabela abaixo (tabela 1)<sup>6</sup>.

Associado à dieta adequada está indicada a atividade física regular, com duração de 30 minutos por 5 vezes na semana, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>7</sup>. Ambas as práticas ajudam no controle do peso corporal, garantindo diminuição de IMC e, conseqüentemente, dos níveis de obesidade, além de proporcionarem mais disposição aos pacientes e, também, qualidade de vida.

#### **Tabela 1 - 10 passos para alimentação saudável:**

- 1** Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.
- 2** Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais, tubérculos e raízes. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
- 3** Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- 4** Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
- 5** Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes antes do preparo.
- 6** Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento para escolher os com menos gordura trans.
- 7** Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.
- 8** Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados.
- 9** Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- 10** Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

### **1.2. Tabagismo:**

De acordo com estudos recentes (2013), a prevalência de fumantes na população brasileira com 18 anos ou mais é cerca de 14,7%. Além disso, sabe-se que o tabagismo apresenta relação direta não apenas com as DCV, o DM e as neoplasias, mas também com as doenças respiratórias crônicas, causando, assim, grande impacto no grupo das quatro principais DCNT

na atualidade<sup>8</sup>.

Visto o impacto nas saúdes tanto individual quanto coletiva, é essencial que sejam desenvolvidas ações de prevenção primária ao uso do tabaco, especialmente no âmbito da Saúde e da Educação, com enfoque em crianças e adolescentes, de forma a orientar sobre os males que o tabagismo provoca. Também é importante que se crie parcerias para divulgação dessas informações em escolas, por exemplo<sup>8</sup>.

Além disso, deve-se focar na prevenção secundária, tentando diminuir a prevalência de pacientes tabagistas nas Unidades Básicas. Neste caso, duas abordagens são de extrema importância ao sucesso deste tipo de prevenção: abordagem cognitivo-comportamental (alicerce do acompanhamento); abordagem farmacológica (auxiliar). Ambas estão resumidas abaixo (tabela 2)<sup>8,9</sup>.

## **Tabela 2 - abordagens essenciais ao fim do tabagismo:**

### **Abordagem cognitivo comportamental**

Procura a detecção de situações de risco e recaída e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

### **Abordagem farmacológica**

Visa o controle dos sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina (sintomas físicos).

### **Terapia de reposição de nicotina (TRN).**

### **Bupropiona, isolada ou associada à TRN.**

## **1.3. Hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia:**

Nos casos em que há presença de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 e hiperlipemia, além de reforçar sobre a importâncias das medidas dietéticas, combate ao estilo de vida sedentário e fim do tabagismo (se presente), os pacientes devem ser tratados com abordagem farmacológica, a fim de atingirem os alvos pressóricos, glicêmicos e dislipidêmicos.

Além disso, é de extrema importância à prevenção efetiva que os pacientes assintomáticos com maior predisposição à doença aterosclerótica sejam identificados. “O escore de risco global de Framingham inclui a estimativa em 10 anos de eventos coronarianos, cerebrovasculares, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca e foi adotado pelo Departamento de Aterosclerose da SBC<sup>10</sup>.

## **AÇÕES**

Tendo em vista os altos índices de incidência da DCV no mundo, no Brasil, e também na equipe Camomila da UBS do Riacho Grande, é de suma importância que esse grupo de doentes seja acompanhado mais de perto, e sua abordagem com certeza deve ser multidisciplinar, contando com a ajuda em especial do serviço de nutrição.

A princípio foi organizada uma tabela em Excel com os pacientes hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos. Nela constam: 1) a data de retorno para exames de rotina (extremamente importantes para controle e seguimento) – sempre 1 mês antes do vencimento do receituário; 2) a data de retorno com resultado dos exames de rotina, para que paciente e medicações em uso sejam reavaliados.

O retorno com exames de rotina é programado para toda sexta-feira à tarde, num grupo de HIPERDIA (hipertensão e diabetes), no qual há:

- ♦ Aferição de pressão arterial e dextro pela enfermeira ESF, para controle em prontuário dos parâmetros clínicos do controle desses sinais vitais;
- ♦ Orientação nutricional, realizada pela nutricionista do NASF, com medidas que visem controle alimentar favorável ao controle destes fatores de risco;
- ♦ Reavaliação de paciente e exames laboratoriais por médico ESF, também para controle em prontuário e para reavaliação farmacológica (para ajuste de medicações);
- ♦ Rastreamento de polineuropatias, retinopatias e doença renal crônica, através de exame clínico, encaminhamento anual à oftalmologia para fundo de olho e microalbuminúria anual, respectivamente.

Vale ressaltar o papel fundamental das agentes comunitárias de saúde (ACS) nesse processo, pois entregam convites do grupo aos pacientes em suas casas, para lembrá-los do retorno, garantindo maior adesão dos mesmos ao grupo. Além disso, através das discussões nas reuniões de equipe, estão aptas para reforçarem orientações sobre a importância individual da participação no grupo.

Caso o paciente apresente queixas no dia do grupo ou algum exame esteja alterado, automaticamente é agendado em consulta, para reavaliação completa e com mais tempo disponível. Observação: pacientes com elevado ou muito elevado risco cardiovascular e/ou em uso de insulina não participam do grupo; seu atendimento é apenas em consulta agendada para reavaliação minuciosa.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Tendo em vista a importância do controle de comorbidades à prevenção de eventos cardiovasculares, e que parte considerável desses fatores de risco são modificáveis, deve-se focar em seu controle para que se diminua desfechos negativos. Portanto, espera-se, com as medidas propostas, o controle de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 e hiperlipemia.

Com as intervenções do grupo HIPERDIA (hipertensão arterial e diabetes *mellitus*), espera-se que os pacientes desenvolvam um estilo de vida mais saudável, com dieta e atividade física adequadas, com diminuição da obesidade; e que também diminuam sua carga tabágica, até o fim do tabagismo.

Além disso, com os casos de hipertensão arterial e diabetes triados, investigação mais específica em diversos sítios, para evitar eventos além dos cardiovasculares, como retinopatias, doenças renais crônicas, polineuropatias e afins, evitando que esses pacientes sobrecarreguem os níveis de atenção terciária e quaternária, diminuindo, então, o gasto em saúde.

## REFERÊNCIAS

Cornelissen VA, Smart NA. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc.* 2013;2(1):e004473. [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_40.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf)

Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune A Neto, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(2 Suppl 1):1-76.

Greenberg I, Stampfer MJ, Schwarzfuchs D, Shai I, Group D. Adherence and success in long-term weight loss diets: the dietary intervention randomized controlled trial (DIRECT). *J Am Coll Nutr.* 2009;28(2):159-  
://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\_alimentar\_alimentacao\_saudavel.pdf

Malta DC, Cezario AC, Moura L. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*2006; 15(3):47-65.

Ministério da Saúde (MS). Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006. DATASUS [homepage na internet]. Indicadores e dados básicos Brasil 2007 [acesso em 30 abr 2008]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm#mort>.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2003.

Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled- and meta-analyses of clinical trials of Bupropion SR. 2004;99(11):1462-9.