



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

SONIA REGINA BARACAT CHAIB ACRAS

AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES SEM DOENÇA  
CARDIOVASCULAR DE BASE

SÃO PAULO  
2020

SONIA REGINA BARACAT CHAIB ACRAS

AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES SEM DOENÇA  
CARDIOVASCULAR DE BASE

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: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

As doenças cardiovasculares, considerado como a maior causa de morbimortalidade no mundo, pode afetar o coração e os vasos sanguíneos, destacando-se a doença arterial coronariana, que envolve dor no peito e infarto agudo do miocárdio. No Brasil, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, cerca de 300 mil indivíduos por ano sofrem Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), ocorrendo óbito em 30% desses casos. Apresentam como principais fatores de risco, as doenças crônicas como hipertensão, diabetes, dislipidemia, histórico familiar, estresse, tabagismo, obesidade, sedentarismo e doenças da tireoide. O uso de drogas ilícitas, como a cocaína, também pode levar ao infarto agudo do miocárdio. Como ação foi realizado um levantamento em pacientes de 30 a 74 anos sem doença cardiovascular de base usando o Escore de Framingham para avaliar como está sendo feito esse acompanhando aos pacientes do território para agirmos preventivamente a fim de tentarmos evitar os eventos cardiológicos nos nossos pacientes sem doença cardiovascular previa. Com tais pacientes avaliados e triados, espera-se que com essa estratificação de risco, consiga reduzir o risco dos pacientes e dessa maneira promover mais qualidade de vida e menos risco cardiovascular, com medidas educativas e de promoção a saúde, mudança do estilo de vida e orientação sobre alimentação e exercício físico, além do auxílio de medicações para controle de doenças como DM e HAS e colesterol. Os pacientes serão reavaliados, a partir do escore, em um ano dessa data e em dois anos, para avaliar a efetividade das medidas.

## **Palavra-chave**

Prevenção Primária. Pressão Arterial. Hipertensão. Doenças não Transmissíveis. Doenças Cardiovasculares. Doenças Cardíacas. Dislipidemia. Diabetes. Adesão ao Tratamento.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

Com médica generalista da UBS, juntamente com a equipe pudemos observar a deficiência no acompanhamento dos pacientes com risco cardiovascular. Diante disso, com esse projeto será realizado um levantamento em pacientes de 30 a 74 anos sem doença cardiovascular de base usando o Escore de Framingham para avaliar como está sendo feito esse acompanhamento aos pacientes do território para agirmos preventivamente a fim de tentarmos evitar os eventos cardiológicos nos nossos pacientes sem doença cardiovascular previa.

## ESTUDO DA LITERATURA

As doenças cardiovasculares, considerado como a maior causa de morbimortalidade no mundo, pode afetar o coração e os vasos sanguíneos, destacando-se a doença arterial coronariana, que envolve dor no peito e infarto agudo do miocárdio. No Brasil, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, cerca de 300 mil indivíduos por ano sofrem Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), ocorrendo óbito em 30% desses casos. Apresentam como principais fatores de risco, as doenças crônicas como hipertensão, diabetes, dislipidemia, histórico familiar, estresse, tabagismo, obesidade, sedentarismo e doenças da tireoide. O uso de drogas ilícitas, como a cocaína, também pode levar ao infarto agudo do miocárdio (BVS, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), traz que o aumento das doenças cardiovasculares aparecem com maior frequência nos países de baixa e média rendas, devido ao aumento da expectativa de vida que causa uma maior exposição aos fatores de risco citados acima. (WHO, 2011; 2014). Essa relação entre a longevidade e o aumento das doenças crônicas pode ser reconhecida, e os resultados da Pesquisa nacional de Saúde (PNS) comprova ao relatar que existe uma maior morbidade por doenças cardiovasculares em paciente mais velhos, sendo que a prevalência dessas doenças na população adulta no Brasil é de 4,2 %, sendo que nos idosos é de 11,4% (THEME; ET AL, 2013)

Diante desse quadro se faz necessário a implementação de políticas de saúde públicas voltadas a essa população, entre elas o incentivo a hábitos de vida saudáveis, acesso a ações de prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares, associadas ao tratamento. Paralelamente a isso, é importante que se tenha estratégias para combate aos fatores de risco clássicos, e um olhar diferenciado para fatores de risco como fatores socioeconômicos, ambientais e busca pelo uso de vacinas (SBC, 2019).

Para que se possa prevenir do evento coronariano, conhecido como doença aterosclerótica, é importante que se faça a identificação de pacientes assintomáticos que apresentem maior propensão, para poder estabelecer medidas terapêuticas. Para se medir a gravidade das doenças cardiovasculares, existem os escores de risco, onde é possível a identificação do risco global, denominado de escore de risco global (ERG) de Framingham, que faz a estimativa para eventos coronarianos, cerebrovasculares, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca, sendo adotado pelo Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que considera quatro níveis de risco: risco muito alto, risco alto, risco intermediário e risco baixo (SBC, 2019).

O Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica sobre hipertensão arterial sistêmica, recomenda a utilização do escore de Framingham individualizado para homens e mulheres para a classificação do risco cardiovascular individual de cada paciente com base em fatores de risco como HDL-c, LDL-c, idade, pressão arterial, diabetes, tabagismo, e categorizar de acordo com a pontuação em: baixo (<10% em 10 anos), moderado (10-20% em 10 anos) e alto (>20% em 10 anos) (BRASIL, 2013).

Para se trabalhar com os pacientes, de forma a agir sobre os fatores de risco, é importante saber que existem fatores de risco que aumentam as chances dos eventos cardiovasculares que não podem ser mudados e trabalhados como idade, sexo, histórico familiar. Porém, é importante agir nos modificáveis que são: fumos, má alimentação, obesidade, falta de

exercícios físicos, diabetes, pressão alta e estresse, no estímulo a provocar mudanças de hábitos no indivíduo (BRASIL, 2013).

Diante disso, considerando que pelo levantamento de dados do Ministério da Saúde e da OMS sobre causas de mortes, as doenças circulatórias em especial as cardiovasculares, são as maiores causas de morte na população em geral no mundo e tal fenômeno é igual no Brasil, entendemos que é do dever da atenção primária a saúde, de atuar na prevenção e adesão ao tratamento e na utilização do escore de Framingham que é preconizado pelo MS como uma maneira de classificar tais pacientes.

Na Unidade Básica de Saúde que eu atuo no programa de atenção básica, denominado Centro de Saúde São Bernardo - Zizi Cintra Junqueira, sou responsável pela equipe vermelha composta por uma médica de saúde de família e comunidade, uma pediatra, uma ginecologista, três agentes comunitários de saúde, uma enfermeira. Somos responsáveis pelo acompanhamento de saúde de uma população em torno de 11mil usuários.

## **AÇÕES**

**Local:** Centro de Saude São Bernardo - Zizi Cintra Junqueira

**Público Alvo:** População entre 30 e 74, que pertence a Equipe Vermelha do Centro de Saude São Bernardo - Zizi Cintra Junqueira

### **Ações:**

Foi selecionado a população entre 30 e 74 anos que pertencem a equipe da Estratégia de Saude da Família, e levantado os dados relevantes para aplicar o escore de Framingham. Será realizado consultas individuais com a intenção de promover mudanças no estilo de vida, e tratar as patologias relacionadas ao aumento do risco cardiovascular, orientando os pacientes sobre seu risco e as maneiras para melhorar sua saude. Tendo em vista o problema apresentado, como maneira de promover melhorias no atendimento da população, será aplicado o Escore na população, a fim de categorizar os pacientes de acordo com o resultado, nas categorias preconizadas de baixo (<10% em 10 anos), moderado (10-20% em 10 anos) e alto (>20% em 10 anos). E dessa maneira orientar e atuar de acordo com a necessidade e a individualidade de cada paciente com a intenção de evitar eventos cardiovasculares e promover uma melhor qualidade de vida.

Considerando os fatores mutaveis que são considerados no escore de Framingham e que podem ser melhorados com a promoção a saude como tabagismo, colesterol total, hdl e tratamento correto da hipertensão, é possível após a categorização dos pacientes atuar e acompanhar individualmente cada paciente com o objetivo de extinguir esses fatores de risco.

### **Avaliação e monitoramento:**

SelecionaDO 150 pacientes que se enquadram na população alvo que passaram em atendimento médico na unidade, e realizado o escore individual, com base nos dados levantados, a população de médio e alto risco foi orientada a mudança do estilo de vida, cessar o tabagismo, e reavaliado o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, e diabetes quando presentes, com a intenção de reduzir o risco. Será realizado consultas programadas e recorrentes para avaliar se as medidas compactuadas com os pacientes estão sendo realizadas, além disso, será reavaliado o escore dos pacientes em um ano dessa data e em dois anos, para avaliar a efetividade das medidas.

## RESULTADOS ESPERADOS

Ao avaliar a população alvo, que se encontra entre 30 e 74 anos da equipe vermelha obtive os seguintes resultados.

Dos 150 pacientes que avalei, 78 pacientes tinham um risco baixo de ter um evento cardiovascular em 10 anos o equivalente a 52% da população estudada. Já com o risco moderado, encontravam-se 49 pacientes o que representava 32,66% da população. E 23 pacientes tinham um alto risco de ter um evento cardiovascular nos próximos 10 anos, o que representou 15,33% da população estudada.

Dentre os pacientes que obtiveram um moderado risco utilizando o score (49 pacientes) pudemos observar que apenas 5 (10,20%) eram tabagistas; 19 pacientes tinham DM (38,77%); 22 pacientes tomavam medicação para HAS (46,93%); 23 pacientes tinham colesterol elevado (46,93%); Majoritariamente 39 pacientes tinham HDL acima de 40 (79,59%) A população continha 23 homens (46,93%) e 26 mulheres (53,06%); e predominantemente idosa com 32 pacientes (65,30%);

Dentro os pacientes que obtiveram um alto risco utilizando o score (23 pacientes) pudemos observar que apenas 3 eram tabagistas (13,04%); 15 pacientes tinham DM (65,21%); 15 pacientes tinham tomavam medicação para HAS (65,21%); 11 pacientes tinham colesterol elevado (47,82%); 13 pacientes tinham HDL acima de 40 (56,52%); A população continha 18 homens ( 78,26%) e 5 mulheres ( 21,73%); e predominantemente idosa com 18 pacientes (78,26%).

Comparativo:

Moderado x Alto

DM (38,77%) x DM (65,21%)

HAS (46,93%) x HAS (65,21%)

HDL acima de 40 (79,59%) x HDL acima de 40 (56,52%)

Homens (46,93%) - mulheres (53,06%) x homens (78,26%) - mulheres ( 21,73%)

Idosos (65,30%) x (78,26%)

Com tais pacientes avaliados e triados, espera-se que com essa estratificação de risco, consiga reduzir o risco dos pacientes e dessa maneira promover mais qualidade de vida e menos risco cardiovascular, com medidas educativas e de promoção a saúde, mudança do estilo de vida e orientação sobre alimentação e exercício físico, além do auxílio de medicações para controle de doenças como DM e HAS e colesterol. Os pacientes serão reavaliados, a partir do escore, em um ano dessa data e em dois anos, para avaliar a efetividade das medidas.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BVS. Biblioteca Virtual da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 27 de Setembro de 2019. Disponível em:  
<http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3039-29-9-dia-mundial-do-coracao-seja-um-heroi-do-coracao>. Acesso em 28/01/2020.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. Disponível em  
<http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>. Acesso em 28/01/2020.

THEME, M. M.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(Supl. 2):83-96.

WHO. World Health Organization . *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control* Geneva: WHO; 2011.

WHO. World Health Organization. *WHO methods for life expectancy and healthy life expectancy* Geneva: WHO; 2014.