

## Implantação de um modelo de gestão do cuidado do risco cardiovascular: relato de experiência

### *Implementation of a model of cardiovascular risk care management: experience report*

Rosemberg dos Anjos Medeiros Filho<sup>1</sup>  
Ana Paula Ferreira Maciel<sup>2</sup>  
Henderson Barbosa Pimenta<sup>3</sup>  
Antônio Prates Caldeira<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Discente do curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

<sup>2</sup> Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

<sup>3</sup> Médico. Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

<sup>4</sup> Médico. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

#### **Autor para correspondência:**

Antônio Prates Caldeira  
Universidade Estadual de Montes Claros  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS  
Avenida Rui Braga- Vila Mauricéia  
Montes Claros, MG, Brasil  
CEP. 39401089  
E-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

**Resumo:** As doenças cardiovasculares são relevantes causas de mortalidade no mundo e no Brasil. Diversas são as condições que estão associadas ao maior risco cardiovascular que, embora sejam fatores de risco modificáveis, apresentam baixas taxas de controle. O presente trabalho apresenta o relato da experiência de um estudo piloto de implantação de um modelo de gestão do cuidado, voltado à gestão do cuidado do risco cardiovascular em um município de médio porte localizado no norte de Minas Gerais. A partir da experiência vivenciada pôde-se perceber a ainda ocorrente fragilidade de assistência no que tange ao cuidado do Risco cardiovascular na atenção primária,



já que se nota a prestação de uma assistência fragmentada, com ausência da figura de um Coordenador do Cuidado. Considera-se, contudo, que as atividades de educação em saúde (oficinas) sensibilizaram os profissionais de saúde para maior atenção ao assunto, contribuindo ainda para ampliar seu conhecimento

**Descritores:** Fatores de risco; Doenças cardiovasculares; Hipertensão

**Abstract** The present study aims to describe, under a new point of view, the experience of undergraduate students and tutors of the obtained in the waiting room for consultation in a facility of the Family Health Strategy (FHS) in the city of Montes Claros-MG. As all people involved were engaged in promoting dynamic and momentary activities on Health Education, they experienced learning and bonding experience with the users of the local community. The work of the Education for Health Work Program is simple, and there is much to be done. Nevertheless, it is already revealing to be highly productive for both mediators and the involved community.

**Descriptors:** Risk factor; Cardiovascular diseases; Hypertension.

## Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV), nas últimas décadas, foram responsáveis por cerca de 30% da mortalidade mundial, e o Brasil apresenta realidade epidemiológica semelhante <sup>(1,2)</sup>. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o diabetes, a dislipidemia e o tabagismo são condições que podem estar associadas às complicações cardiovasculares, e não é raro que essas condições se encontrem agrupadas nos indivíduos, potencializando o risco de morte. Embora sejam fatores de risco modificáveis, essas condições apresentam baixas taxas de controle, e implicam um risco global de o paciente desenvolver um evento cardiovascular, que pode ser mensurado, o Risco cardiovascular (RCV). Quando ignorado ou abordado inadequadamente, o RCV acaba definido altas taxas de morbimortalidade relacionadas às doenças cardiovasculares, sendo, portanto, importante problema de saúde pública <sup>(3-5)</sup>.

Vários são os fatores apontados como dificultadores no controle do RCV e das condições crônicas em geral, dentre os quais eles podem ser citados: o restrito acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, a insuficiente coordenação do cuidado, a frequente associação de co-

morbidades, a deficiência nas atividades de educação em saúde com o propósito de melhorar o autocuidado e promoção de hábitos saudáveis, e, ainda, as dificuldades de comunicação entre usuário e serviço de saúde<sup>(6)</sup>. A melhoria dos cuidados aos pacientes com DCV apresenta-se, enfim, como um problema desafiador; e uma das estratégias de enfrentamento reside na implantação de modelos inovadores de gestão do cuidado dirigido a essas pessoas e aos portadores de condições crônicas em geral<sup>(7)</sup>.

Uma das propostas inovadoras para um melhor cuidado às DCV é o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Esse modelo destaca que o sistema de atenção à saúde deve-se organizar com base em alguns elementos até então negligenciados pelas equipes de saúde, como o autocuidado apoiado, o suporte às decisões e o sistema de informação clínica. Além disso, pressupõe usuários mais informados e ativos em relação a seus cuidados de saúde<sup>(8)</sup>.

A partir do MACC, ainda não extensamente aplicado, outros modelos têm sido propostos, como o de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (CICC), idealizado pela Organização Mundial de Saúde<sup>(7)</sup>. Embora com uma maior disseminação do que o modelo anterior, a proposta ainda não tem adesão extensa e, no Brasil, conta com experiências pontuais<sup>(9)</sup>.

Com base nos modelos existentes de abordagem às condições crônicas, foi elaborado um modelo alternativo, o Modelo de Gestão do Cuidados às Condições Crônicas (MG3C), composto por quatro processos - um de atenção e três de gestão -, que visam assegurar um cuidado personalizado e seus bons resultados: 1. Atenção baseada em Processos Assistenciais Integrados; 2. Processo de Planejamento do Cuidado; 3. Processo de Coordenação do Cuidado; 4. Processo de Avaliação do Cuidado. Os Processos Assistenciais Integrados (PAI) são processos assistenciais modelados com foco nas necessidades dos usuários/pacientes crônicos, de forma que a rede de atenção assegure a continuidade do cuidado, eliminando a falta de interação entre os diferentes níveis de atenção (primária, especializada e hospitalar)<sup>(10,11)</sup>.

O presente trabalho apresenta o relato da experiência de um estudo piloto de implantação do MG3C, particularmente voltado à gestão do cuidado do risco cardiovascular (RCV) em um Município de médio porte, localizado no norte de Minas Gerais.

## **Relato de Experiência**

O presente estudo emergiu da inquietação sobre a inexistência de uma coordenação do cuidado das condições crônicas, especialmente da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), na

atenção primária. Apesar da existência de uma rede formal de assistência ao paciente com HAS, a abordagem se mantém pontual e segmentada <sup>(11)</sup>. Quase sempre os pacientes são abordados apenas em relação ao fator de risco “hipertensão”, e a conduta é fundamentada em seus níveis pressóricos, o que não é recomendado <sup>(1)</sup>.

O grupo de pesquisa buscou, então, discutir as questões relacionadas aos processos de gestão que permeavam o assunto. Após alguns estudos, levantou-se a possibilidade de um modelo de gestão do cuidado com ênfase no risco cardiovascular, tomando como exemplo os modelos de Processo Assistencial Integrado (PAI), implantado e consolidado em parte da Espanha<sup>(10)</sup> e Portugal <sup>(11)</sup>. Esses países já contam com PAIs específicos para atenção ao risco cardiovascular desenvolvidos como processos que têm sua ênfase nas necessidades dos usuários/pacientes crônicos, com a rede assistencial assegurando a continuidade do cuidado em todo o tempo.

A cidade definida para o estudo piloto foi Pirapora, localizada no norte de Minas Gerais. O município apresenta população de, aproximadamente, 54 mil pessoas, possui cobertura de 100% para a Estratégia Saúde da Família e conta com um centro de referência à atenção secundária das pessoas que vivem com a hipertensão arterial sistêmica – HIPERDIA Minas.

Para melhor logística, a implantação do projeto piloto do modelo de gestão do cuidado com ênfase no risco cardiovascular, o estudo foi dividido em quatro etapas a saber: 1. Estabelecimento de parceria com a gestão municipal de saúde; 2. Diagnóstico situacional; 3. Realização de oficinas para as equipes da ESF; 4. Desenvolvimento e implantação de instrumento informático como ferramenta de auxílio na gestão do risco cardiovascular.

### **Parceria com a gestão municipal de saúde**

Esta etapa foi desenvolvida a partir de reuniões com a gestão municipal (secretário municipal de saúde e coordenador da atenção primária), para esclarecimentos sobre o projeto e definição de funções. A partir das reuniões ocorridas e atendendo sugestão da gestão municipal, o projeto foi desenvolvido apenas para duas equipes de saúde, considerando dificuldades logísticas para implantação em todo o município.

### **Diagnóstico situacional**

Nesta etapa, foi feito um levantamento da população total sabidamente hipertensa e devidamente cadastrada nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município cenário de

estudo. Foi feito, então, um cálculo de amostragem probabilística, com amostragem estratificada proporcional, para que o número de hipertensos alocados em cada unidade fosse proporcional ao número de pessoas cadastradas em cada ESF.

Nesta etapa, foram entrevistadas 720 pessoas com uso de instrumentos previamente validados, abordando variáveis sócio-econômico-demográficas, condições de saúde e presença de comorbidades, utilização e acesso aos serviços de saúde, autoavaliação de saúde, dentre outras; também foram aferidas medidas antropométricas e da pressão arterial.

Após levantamento epidemiológico da população e estudo dos indicadores de saúde desvelados por esse diagnóstico situacional, passou-se para a etapa seguinte.

### **Oficinas com as equipes de saúde**

Nesta etapa, a proposta inicial era de desenvolvimento de competências. Buscou-se, por meio de encontros formais e informais com as equipes de saúde, sensibilização para a gestão do cuidado com ênfase no RCV. Nesse sentido, foram delineados assuntos que pudessem contribuir com a formação dos profissionais de saúde envolvidos, bem como motivá-los para importância a do cuidado com o RCV e aplicação de um modelo de gestão do cuidado.

Foram realizadas cinco oficinas *in loco*, de duração aproximada de duas horas cada uma, com abordagem dos seguintes assuntos: 1. Apresentação da proposta, epidemiologia e noções sobre gestão do cuidado do risco cardiovascular. 2. Abordagem Motivacional e Avaliação do estágio de prontidão para mudança; 3. Classificação de risco, prevenção e abordagem às pessoas com risco cardiovascular; 4. Boas práticas dos profissionais de saúde na abordagem do risco cardiovascular e gestão do cuidado; 5. Apresentação do instrumento informático (Portal) e treinamento.

Participaram das oficinas todos os profissionais das duas equipes selecionadas, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). As oficinas foram desenvolvidas com vistas a desconstruir conceitos equivocados acerca da hipertensão como fator causal isolado para a doença cardiovascular e, simultaneamente, desenvolvendo o conceito de RCV, o que implica manter a equipe alerta para a identificação de outros fatores associados à hipertensão. As equipes acolheram bem a proposta e participaram ativamente de todas as oficinas, demonstrando solicitude e interesse para a prática do que foi proposto.

Os conteúdos foram apresentados de forma genérica e com linguagem de amplo acesso, haja vista a participação concomitante de profissionais de diferentes formações acadêmicas e

graus de instrução. Dúvidas e esclarecimentos específicos foram sanados a contento, à medida que eram apresentados durante ou após as oficinas.

As oficinas contaram com o apoio de um especialista em cardiologia, que orientou questões específicas do RCV, bem como atribuições específicas às diversas funções dos membros das equipes de saúde. Foi enfatizada a importância de um membro da equipe atuar como Coordenador do Cuidado do RCV, sugerindo-se que o enfermeiro da equipe deveria assumir essa atribuição.

A abordagem ao paciente foi tratada em uma das oficinas, com debate sobre formas de intervenção junto às pessoas, incluindo desde classificação de estágio de prontidão para a mudança, até estratégias motivacionais para mudanças de estilo de vida.

Por fim, na última oficina, foi apresentado o “Portal Comunidade Saudável” - desenvolvido especialmente para este estudo, com o objetivo de auxiliar as pessoas no autocuidado, apoiado do risco cardiovascular. Os profissionais de saúde foram treinados para acessar, de forma eficiente, o instrumento informático, proposto, ainda, como ferramenta auxiliar na gestão do cuidado do RCV.

Durante todas as oficinas, a equipe envolvida no estudo colocou-se à disposição para apoio, esclarecimento de dúvidas e prontidão para tentativas de solução em eventuais dificuldades de implantação das propostas, ora sugeridas para serem colocadas em prática após o término de cada oficina.

### **Aspectos dificultadores**

Uma das principais dificuldades na operacionalização do estudo deveu-se ao fato de os pesquisadores, também executores do projeto, residirem em outro município, com distância aproximada de 200 km. Pode-se citar, ainda, como dificuldade encontrada na primeira fase do estudo, a extensa amostra probabilística (aproximadamente 700 hipertensos) e instrumento de coleta de dados extenso, com dificuldades na coleta devido a características dos entrevistados (grande número de idosos com baixo grau de instrução). Esses e outros fatores fizeram desta etapa um processo demorado.

Apesar do manifesto interesse da maioria dos profissionais de saúde para participação nas oficinas, foram registradas ausências dos médicos em algumas delas. A sobrecarga de trabalho dos profissionais também foi apontada por eles, como aspecto negativo e uma barreira à implantação de novas atividades.

Embora o grupo de pesquisadores tivesse a definição do papel e da relevância de um “coordenador do cuidado”, essa figura não chegou a ser definida. Foi sugerido que esse papel fosse assumido pelo enfermeiro, pelo caráter gestor que esse profissional incorpora dentro das Unidades de Saúde da Família. Contudo, muitos aspectos foram discutidos, impossibilitando o aprofundamento nessa questão, especialmente a sobrecarga de trabalho do profissional, o que inviabilizou, naquele momento, a definição desse papel.

A enfermagem, historicamente, pela integração no contexto das práticas de saúde, especialmente nos processos gerenciais, reúne saberes de várias áreas do conhecimento, dentre elas, a administração <sup>(12)</sup>.

A complexidade amplia, portanto, o olhar sobre o processo gerencial de enfermagem e passa a conceber o cuidado a partir de uma rede ou teia de processos e produtos que envolvem relações, interações e associações entre os profissionais, usuários, gestores, na condição de sujeitos que compõem o sistema de saúde <sup>(13)</sup>.

A gerência do cuidado de enfermagem compreende a articulação entre as esferas gerencial e assistencial que compõem o trabalho do enfermeiro nos mais diversos cenários de atuação. Ela tem sido utilizada para caracterizar, principalmente, as atividades dos enfermeiros visando à realização de melhores práticas de cuidado nos serviços de saúde e enfermagem, por meio do planejamento das ações de cuidado, da previsão e provisão de recursos necessários para assistência, e da potencialização das interações entre os profissionais da equipe de saúde, visando a uma atuação mais articulada <sup>(14)</sup>.

### **Aspectos facilitadores**

Pontua-se como aspecto facilitador na execução do projeto o fato de o estudo ter sido aprovado e financiado por agência de fomento à pesquisa. Isso possibilitou o deslocamento dos pesquisadores, bem como despesas de estada, de alguns recursos materiais, e viabilizou o financiamento para a construção do instrumento informático (Portal Comunidade Saudável). Destaca-se, ainda, o incentivo e apoio da gestão local, que, dentro das possibilidades, não mediu esforços para que todos os passos do estudo fossem concretizados, ofertando espaço para realização das oficinas, e liberando os profissionais de saúde para que delas pudessem participar.

## Novos desafios...

Finalizadas as oficinas, propõe-se a reavaliação do grupo inicialmente avaliado na etapa de diagnóstico situacional, e avaliação da magnitude do efeito (impacto) dessa intervenção, incluindo a sensibilização da equipe de saúde para a gestão do cuidado do risco cardiovascular e para as atividades de educação em saúde pertinentes ao assunto, bem como a avaliação do Portal Comunidade Saudável como um instrumento auxiliar no processo de gestão do cuidado do risco cardiovascular.

## Considerações finais

A partir da experiência vivenciada, pôde-se verificar a ainda ocorrente fragilidade de assistência no que tange ao cuidado do Risco cardiovascular, tendo em vista a prestação de uma assistência fragmentada, com ausência da figura de um Coordenador do Cuidado, entendendo seu papel como de notória importância na Gestão do Risco Cardiovascular. Considera-se, contudo, que as atividades de educação em saúde (oficinas) sensibilizaram os profissionais de saúde para uma maior atenção ao assunto, contribuindo para ampliar seu conhecimento.

Por fim, entende-se que a iniciativa de implantação do Instrumento Informático tenha valor agregador no auxílio da gestão do risco cardiovascular, contudo é uma ferramenta que ainda está em construção; e uma avaliação criteriosa de seu impacto requer estudos com diferentes abordagens metodológicas, incluindo metodologias longitudinais.

## Referências

1. Diretrizes. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol 2013; 6 (supl. 2): 1-63.
2. Buttler D. UN targets top killers. Nature. 2011;477:260-1. Disponível em: <http://www.nature.com/news/2011/110914/full/477260a.html>

3. Diretrizes. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1):1-51.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO, 2011.
5. Tocci G et al. Multivariate risk assessment and risk score cards in hypertension. Vascular Health and Risk Management 2007; 3 (3):313–20.
6. Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(1):1–9.
7. Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.
8. Mendes EV. As mudanças na atenção à saúde e a gestão da clínica. “In”: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª edição. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 293-438.
9. Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC : OPAS, 2015.
10. Navarro Moya FJ, Carnero Pardo C et al. Riesgo vascular: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud, 2010. – certificar o modo de fazer essa referência.
11. Portugal. Ministério da Saúde. PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DO RISCO VASCULAR NO ADULTO. Adaptado de: Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular, 2ª edición de Consejería de

Igualdad, Salud e Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Ministério da Saúde: DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Departamento da Qualidade na Saúde Departamento da Qualidade na Saúde.2014.

12. Backes DS, Erdmann AL, Lunardi VL, Filho WDL, Erdmann RH. Rousing new approaches to the Nursing care management: a qualitative study. Online braz j nurs [Internet]. 2009 8 (2): . doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20092407>

13. Erdmann AL, Backes DS, Minuzzi H. Care management in nursing under the complexity view. Online braz j nurs [Internet]. 2007 December; 7 (1):. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20081033>

14. Santos José Luís Guedes dos, Pestana Aline Lima, Guerrero Patrícia, Meirelles Betina Schlindwein Hörner, Erdmann Alacoque Lorenzini. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013; 66( 2 ): 257-263. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>.