

## **ACOLHIMENTO E CUIDADO MULTIPROFISSIONAL COMO FERRAMENTA PARA O ALCANCE DO CONTROLE DO RISCO CARDIOVASCULAR EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PRIVADO**

Emilene Nóbrega Medeiros <sup>1</sup>  
Eveline Emilia de Barros Dantas <sup>2</sup>  
Nairmara Soares Pimentel Cunha <sup>3</sup>

### **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que provoca grandes desafios à Saúde Pública, não só por adaptações e estruturação aos serviços de saúde, mas pela escassez de profissionais capacitados, o próprio contexto fisiopatológico, psicossocial, apresentados na população idosa.

Essa mudança demográfica, que vem se projetando a passos largos, é consequência do acentuado declínio na taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida observados, principalmente, a partir de meados do século XX (LIMA-COSTA, 2011).

Devido a esse rápido processo de envelhecimento e às limitações do sistema de saúde pública principalmente no Brasil, são necessários se redefinirem as políticas públicas para que o envelhecimento ativo possa ser almejado por todos. Freitas et al (2010) destaca que, para esse alcance, o setor saúde precisa ser reformulado com vistas à necessidade de geração de recursos e de construção de infraestrutura.

Com essas mudanças epidemiológicas, observou-se um aumento na incidência de doenças crônicas e todas as consequências negativas na qualidade de vida do indivíduo, como questões psicossociais e familiares, muito presentes para com a população idosa. As doenças crônicas tornaram-se uma preocupação mundial, tendo como foco políticas públicas de saúde desde os serviços de atenção primária à saúde até o último nível de cuidado. Fatores como avanço tecnológico, melhoria das condições de saúde da população e acesso a informações e serviços de saúde, contribuíram para o aumento da longevidade dos indivíduos.

Desde a década de 90, a prevenção para as doenças crônicas vem sendo preocupação de várias organizações internacionais e nos dias atuais é a principal causa de incapacidade com estimativas de que no ano de 2020 corresponda a 60% da carga global de doenças (WHO, 2002, 2003). Mendes (2010) ressalta que a elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas, somada à ocorrência de mais de uma doença concomitante e à carência de respostas mais

---

<sup>1</sup> Psicóloga. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Profissional de Saúde da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CliniCASSI João Pessoa/Pb. E-mail: [emilenenobrega@gmail.com](mailto:emilenenobrega@gmail.com);

<sup>2</sup> Médica de Família e Geriátrica da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CliniCASSI João Pessoa-PB. E-mail: [evebarros@hotmail.com](mailto:evebarros@hotmail.com);

<sup>3</sup> Médica de Família. Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos. Profissional da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CliniCASSI João Pessoa-PB.. E-mail: [nairmaracunha@uol.com.br](mailto:nairmaracunha@uol.com.br);

coerentes dos sistemas de saúde, são as respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população.

A atual situação epidemiológica brasileira encontra-se com uma tripla carga de doenças, pois envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o forte crescimento das causas externas; e o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco. São apontados como fatores de risco o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada, que atualmente é muito comum em nosso país.

Nesse contexto, os serviços de saúde público e privado precisaram rever os modelos de atenção à saúde para que pudessem responder às novas situações demandadas para a prevenção e o tratamento das condições crônicas, visto o fracasso da utilização do modelo de atenção aos eventos agudos (MENDES, 2009). Em especial, o serviço de saúde privado, foco deste estudo, nos cuidados com sua população assistida, implantou em seus serviços próprios a Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja missão é prestar uma assistência integral aos seus participantes para uma qualidade de vida saudável.

Para tanto, instituiu protocolos de saúde que regem a atuação dos profissionais de saúde baseados em evidências científicas, tendo como metodologia o gerenciamento de condições crônicas (GCC) que apresentam resultados de melhorias na resposta à terapêutica; adesão ao tratamento; satisfação dos pacientes e familiares; relação clientes/instituição; qualidade de vida; e integração da equipe multidisciplinar (MENDES, 2010).

Segundo Mello et al. (2010) essa metodologia proporciona uma redução dos custos gerados pela utilização de diárias hospitalares, de UTI, de busca à emergência e da utilização dos serviços da rede credenciada. O gerenciamento de cuidados de participantes com condições crônicas é destinado para 20% a 30% da população com condições complexas de saúde já estabelecidas, nível dois da Pirâmide KP (PORTER; KELLOGG, 2008), sendo operacionalizado pelas equipes de saúde da família, denominadas equipes nucleares.

Foram elaboradas ações para o gerenciamento dos seguintes agravos: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Diabetes Mellitus Tipo II (DM); Dislipidemias e Obesidade. Por meio de exames e avaliações, a equipe estratifica o risco cardiovascular entre baixo, intermediário, alto e muito alto, com indicadores próprios para cada uma das condições.

A depender da necessidade de saúde do participante, são planejadas intervenções de acordo com Protocolos Assistenciais e Clínicos. Estão previstas consultas com profissionais da equipe multidisciplinar da empresa, participação em atividades coletivas, telemonitoramento e busca ativa, com periodicidades definidas a partir do nível de agravo do participante. Para subsidiar a assistência, são utilizados Protocolos Clínicos.

O trabalho objetivou mostrar os resultados satisfatórios do controle de diabéticos, hipertensos e dislipidêmicos de uma população de pessoas maiores de 60 anos favorecidos pela atuação de uma equipe multidisciplinar, tendo como base teórica o protocolo assistencial para cada patologia, bem como a identificação do acolhimento e do cuidado como ferramentas de sucesso para o vínculo ao serviço de saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo e transversal com recorte de 2014 a 2016, de participantes com diagnóstico ativo do Código Internacional de Doenças (CID 10) de diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia registrados nos prontuários eletrônicos e com idade igual e superior a 60 anos, com análise de dados de 1.171 prontuários.

Inicialmente, todos os participantes foram avaliados pelos médicos de família; solicitados exames laboratoriais. Os participantes, posteriormente, retornaram com os resultados dos exames, que foram incluídos nos prontuários eletrônicos. O próprio prontuário eletrônico calcula o risco cardiovascular (RCV), tendo como base os parâmetros de cada patologia de acordo com a Associação Brasileira de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Dislipidemia.

Os dados foram extraídos do programa Access, retirados mensalmente com a população cadastrada por equipe, tendo as variáveis extraídas: sexo; idade igual ou maior que 60 anos; risco saúde: diabetes ativo; diabetes resposta RCV; dislipidemia ativo; dislipidemia resposta RCV; hipertensão ativo; hipertensão resposta RCV; cobertura da equipe ESF (atendimento anual pela equipe) e cobertura médico de família (atendimento anual do médico de família). Com relação a variável resposta RCV, é categorizado pela descrição controlado, descompensado, não avaliado e não se aplica. Foi excluído do estudo o risco cardiovascular referente a obesidade.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estudo caracteriza-se por uma população de maior representatividade do sexo feminino descritos abaixo, porém com um número significativo de participantes do sexo masculino com acompanhamento no serviço de saúde. Apresentou uma população de 1.171 participantes acima de 60 anos, destes, 643 são do sexo feminino e 528 do sexo masculino, apresentando quanto a variável risco cardiovascular, 237 diabéticos, 687 hipertensos e 773 dislipidêmicos. A meta definida pela empresa autogestora é de 47% dos participantes compensados das patologias já mencionadas.

Os resultados alcançados, nos respectivos anos, bem como o cumprimento das ações descritas nos protocolos assistenciais, proporcionaram um alcance de participantes compensados acima da meta estabelecida, melhorando a relação entre diagnosticados x tratados x controlados e superando os dados populacionais disponíveis na literatura.

Com relação à patologia DM, a meta alcançada foi de 52,6% em 2014, seguida por 70,1% em 2015, e 69,5% em 2016. Destacou-se o cuidado oferecido à população com DM Tipo 2, o tratamento adequado, de forma a atingir os melhores valores glicêmicos e parâmetros clínico-laboratoriais, respeitando as recomendações feitas nos protocolos, adaptadas às características da população atendida.

O foco no cuidado oferecido aos participantes com HAS é o tratamento adequado de forma a atingir os melhores valores pressóricos e parâmetros clínico-laboratoriais. A HAS é

uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados, sendo considerada ao mesmo tempo uma doença e um fator de risco para eventos cardiovasculares diversos e suas repercussões.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), estima-se que cerca de 30% da população geral com mais de 40 anos possa ter a pressão arterial elevada. A ocorrência de HAS tem relação direta com a idade, chegando a 70% entre os indivíduos com mais de 70 anos, sendo que a média estudada foi de 25,3% com idade entre 18 e 93 anos (CIPULLO ET AL., 2010).

Pinho e Pierin (2013), em uma revisão sobre o panorama do controle da hipertensão arterial no Brasil, enfatizaram que nos estudos de base populacional o índice varia de 10% a 57,6%. Para a ESF, a frequência de controle variou de 30% a 53,9%, sendo que, para pacientes idosos, foram observados piores índices, variando de 27% a 44,6%.

Os dados referentes à HAS, nos respectivos anos de 2014, 2015 e 2016, alcançaram o controle pressórico de 63,4%, 58,9% e 68,5%, superando dados observados no estudo anterior.

Com relação à Dislipidemia, a equipe multiprofissional buscou estabelecer condutas adequadas na atenção primária para o diagnóstico, classificação e tratamento desta patologia. Diante disto, o serviço de saúde propõe oferecer aos participantes com dislipidemia tratamento adequado, de forma a atingir os melhores valores metabólicos e parâmetros clínico-laboratoriais.

As alterações do metabolismo lipídico que estão cada vez mais frequentes na atualidade, comandados pelo aumento exponencial do sedentarismo e associado a dietas com excesso gorduroso. Está bem demonstrada, em múltiplos estudos controlados, a relação entre dislipidemia e aterosclerose, doença inflamatória crônica que ocorre em resposta à agressão endotelial acometendo a camada íntima das artérias.

Quanto ao indicador referente à Dislipidemia, a meta alcançada foi de 43,4%, 43,3% e 58% nos anos 2014, 2015 e 2016, respectivamente, tendo essa meta estimulado a equipe a se preocupar com ações de prevenção e promoção à saúde, educação em saúde; trazendo para reflexão coletiva a importância da mudança de hábitos e estilo de vida.

Muitos autores discorrem que o envelhecimento da população vem ocorrendo rapidamente, indicando uma melhoria na qualidade de vida da população, mas também acarretando custos aos serviços de saúde, que necessitam de um maior aporte para acolher e atender os idosos (BRITO *et al*, 2013).

Diante das avaliações da equipe dos indicadores presentes neste estudo, percebeu-se significativa ocorrência de registros, nas consultas individuais e nas atividades coletivas, da verbalização do sentimento de ser cuidado e acolhido pelo serviço de saúde. De acordo com Tretini, Paim e Guerreiro (2014), a condição crônica acarreta não só deteriorações no âmbito biofísico, mas é também acompanhada por privações nos seus relacionamentos sociais, dificuldades financeiras devido a gastos com tratamento e limitações para o trabalho, distúrbio de ordem psicológica, que podem determinar depressão entre outras alterações. E, a partir dos 60 anos, as deteriorações e privações da doença são mais acentuadas durante processo de envelhecimento, o que torna a situação dessas pessoas ainda mais carentes de cuidado.

Pessoas em condições crônicas requerem cuidado distinto, e para o autor citado anteriormente, requer ferramentas e exercícios de criatividade para seu processo educativo. Destaca-se como importantes o cuidado e o acolhimento. Oliveira (2016) observou que o resultado favorável na condução de condições crônicas está relacionado à compreensão do paciente de sua condição e a importância do vínculo ao serviço de saúde que lhe assiste, assim como a integralidade e continuidade no cuidado.

Criar vínculos entre as pessoas em condições crônicas e cuidadores implica assumir uma nova postura tanto do cuidador de saúde quanto dos que necessitam de cuidado. O acolhimento consiste de uma expressão humanizada em que se operam processos de escutas e responsabilizações às quais se articulam com os vínculos e compromissos no cuidado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante de toda discussão, avaliamos como importante o acompanhamento sistemático dos riscos de saúde da população, principalmente acometidas por doenças crônicas e a necessidade de promover o controle dos agravos diagnosticados para que os desfechos clínicos dos participantes descompensados não tragam complicações mais severas e comprometedoras à qualidade de vida dos mesmos.

Destacamos como ponto importante neste estudo o compromisso e a assistência multiprofissional sistematizada, causando de forma positiva, mudanças de compreensão da importância do autocuidado e da prevenção de agravos, bem como adesão dos participantes ao plano de cuidado.

A iniciativa de descrever o estudo veio por uma necessidade de enfatizar o quanto o risco cardiovascular está inserido nos cuidados, ocasionando muitos danos físicos e psicossociais, levando o indivíduo até a morte. Enfatizar que a garantia de um acompanhamento sistemático dessas doenças, a promoção e a prevenção, embasados na educação em saúde, são redutores da sua morbimortalidade.

Inicialmente não era objeto do estudo, mas durante as discussões e avaliações da equipe multiprofissional, um dos pontos identificados durante os atendimentos da equipe de saúde e atividades educativas, mencionados pelos participantes, foram o acolhimento e o cuidado de toda a equipe com o participante e sua família. Esse dado corroborou com avaliação de satisfação realizada pela empresa em que esta unidade de saúde foi referida como a de melhor nível de satisfação com o serviço de saúde prestado através do modelo de atenção à saúde, implantado desde 2004.

Ressaltamos o quanto a coordenação de cuidados e o envolvimento de uma equipe multiprofissional para o cuidado dos participantes acometidos por doenças crônicas e o ampliar do olhar técnico, buscando compreender suas necessidades biopsicossociais e espirituais; prestar atendimento acolhendo as queixas dos participantes, estimulando o autocuidado e consequentemente sua adesão ao plano sistemático de cuidado, são importantes para o alcance do controle de agravos de saúde.



## REFERÊNCIAS

- BRITO, M.C.C. *et al.* (2013, junho). Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, 16(3), pp.161-178. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.
- CIPULLO, J.P. *et al.* Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population. **Arq. Bras. Cardiol.** [Internet]. 2010 Apr [cited 2017 Sep 09]; 94(4): 519-526. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010000400014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000400014&lng=en). Epub Mar 26, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000014>.
- FREITAS, C.A.S.L. *et al.* Evidências de ações de Enfermagem em Promoção da Saúde para um envelhecimento ativo: revisão integrativa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, 2010, 15, 265-277.
- LIMA-COSTA, M.F. Estudo de Coorte de Idosos de Bambuí (1997-2008). **Cad. Saúde Pública**. 2011, 27(Sup 3): S324-S325. Rio de Janeiro (RJ). Recuperado em 15 janeiro, 2013, Disponível < [http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27s3/pt\\_01.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27s3/pt_01.pdf).> Acesso em 30 ago 2017.
- MELLO, P.C.B. *et al.* Projeto gerenciamento de casos: uma história de sucesso. **Revista de Enfermagem**; 59(10):25-28, set./out. 2010.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010; 15(5). Disponível < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500005&script=sci_arttext) > Acesso em 30 Ago 2017.
- MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
- OLIVEIRA, P. C. **Avaliação da qualidade de um serviço de saúde suplementar na percepção do usuário**. 2015. Tese (Doutorado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/T.7.2016.tde-06112015-154616. Acesso em: 2019-05-27.
- PINHO, N.A.; PIERIN, A.M.G. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arq Bras Cardiol**. 2013;101(3):65-73).
- PORTER, M.; KELLOGG, M. K. Permanente: an integrated health care experience. **Revista de Innovacion Sanitaria y Atención Integrada**, 1:1, 2008.
- TRENTINI, M; PAIM, L. GUERREIRO, D. Uma tecedura de abordagens e conceitos de cuidado-pesquisa em cronicidade emergentes dos textos desta obra. Apresentação. In: Trenini, Mercedes. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **II Global forum on non-communicable diseases prevention and control, convened in Shanghai**. China.WHO, Geneva, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **III Global forum on non-communicable diseases prevention and control**. Rio de Janeiro, Brazil, 2003.