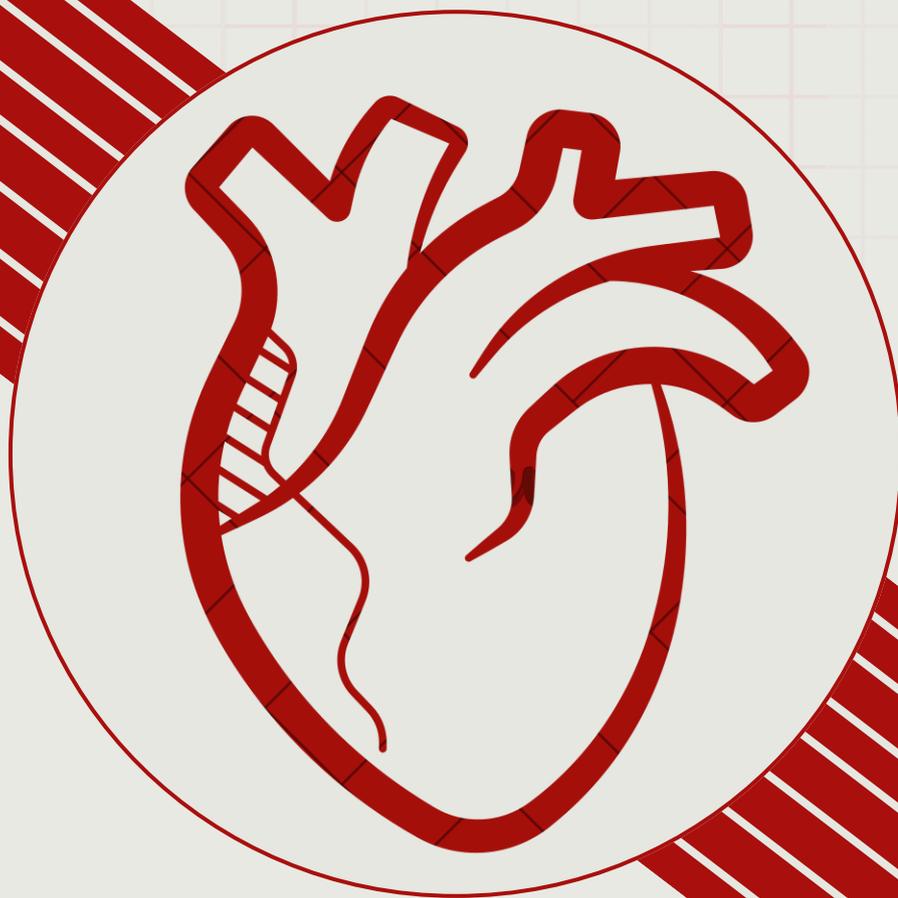


# Guia para Identificação de Fatores de Risco de Doenças Cardiovasculares na Atenção Primária à Saúde



## **FICHA TÉCNICA**

Esse Guia é resultado do trabalho de conclusão de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (PPGENF - UEPA/UFAM).

O trabalho intitula-se: **DOENÇAS CARDIOVASCULARES: Elaboração de um guia para identificação de fatores de risco na Atenção Primária à Saúde.**

**Versão: Primeira versão – abril de 2025.**

## **ELABORAÇÃO**

Ana Ricelly Pereira de Oliveira, Mestranda (PPGENF-UEPA/UFAM).  
Gabriel Lima de Andrade, Graduando em Enfermagem (UEPA).  
Adjanny Estela Santos de Souza, Orientadora Doutora em Genética e Biologia Molecular (UFPA), Docente UEPA-Campus XII.

## **DIAGRAMAÇÃO E DESIGN**

Gabriel Lima de Andrade

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)  
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UEPA**

---

O48G            GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO DE  
DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE / ANA RICELLY PEREIRA DE OLIVEIRA, GABRIEL  
LIMA DE ANDRADE, ADJANNY ESTELA SANTOS DE  
SOUZA. - 2025.

39 P.: IL.

ISBN: 978-65-01-44635-6

1. GUIA. 2. DOENÇAS CARDIOVASCULARES. 4. ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE I. OLIVEIRA, ANA RICELLY PEREIRA DE. II. ANDRADE, GABRIEL  
LIMA DE. III. SOUZA, ADJANNY ESTELA SANTOS DE. IV. TÍTULO

CDD 23. ED. 616.1

---

# APRESENTAÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, sendo associadas a um elevado índice de mortalidade mundial. Diversas condições relacionadas ao estilo de vida apresentam um importante papel na patogênese e podem aumentar significativamente o risco de desenvolver essas doenças.

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta importância crucial na prevenção e controle das DCV, pois se configura como um conjunto abrangente de ações que promovem a saúde, previnem doenças e garantem o cuidado integral dos indivíduos, famílias e comunidades.

Para contribuir com a APS, este guia tem como propósito fornecer aos profissionais de saúde informações e ferramentas que permitem identificar e gerenciar os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos na prática clínica com base em diretrizes e na literatura atual. Para cada um dos fatores de risco é abordado a definição e procedimentos para identificação. Apresenta-se ainda a estratificação do risco cardiovascular com o uso do escore de risco global de Framingham, as estratégias para implementação de medidas preventivas, uma proposta de fluxograma para identificação de fatores de risco de doenças cardiovasculares na APS e uma sessão de leitura complementar.

Espera-se que este guia possa contribuir com a identificação precoce de fatores de risco, permitindo intervenções oportunas, reduzindo o risco de eventos cardiovasculares, impactando de forma positiva na qualidade de vida dos pacientes e na redução dos custos com a saúde.

Esta é a primeira versão do guia, que poderá ser atualizada periodicamente de acordo com novas evidências científicas e contribuições dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.



## **Acesse a versão online!**

Para sua maior comodidade, este guia também está disponível em formato digital. Basta escanear o QR Code ao lado para acessar a versão online completa do material.

# SUMÁRIO

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - ASPECTOS GERAIS .....	5
IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	6
HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	7
DISLIPIDEMIAS .....	12
OBESIDADE .....	15
SEDENTARISMO .....	17
DIABETES MELLITUS .....	20
IDADE .....	25
SEXO .....	26
HISTÓRICO FAMILIAR .....	27
TABAGISMO .....	28
ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR .....	33
FERRAMENTA DE ESTRATIFICAÇÃO .....	34
ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS .....	35
PROPOSTA DE FLUXOGRAMA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADULTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	37
LEITURA COMPLEMENTAR .....	38
REFERÊNCIAS .....	39

# DOENÇAS CARDIOVASCULARES - ASPECTOS GERAIS

As doenças cardiovasculares (DCV) englobam um conjunto de condições que comprometem o funcionamento do coração e dos vasos sanguíneos, sendo as principais (OMS, 2021):

- **Doença arterial coronariana (DAC):** Caracteriza-se pela obstrução das artérias coronárias devido à aterosclerose, podendo causar angina ou infarto agudo do miocárdio.
- **Acidente vascular cerebral (AVC):** Resulta da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, podendo ser isquêmico (por obstrução) ou hemorrágico (por ruptura vascular), causando morte neuronal.
- **Insuficiência cardíaca (IC):** Ocorre quando o coração perde a capacidade de bombear sangue adequadamente, levando a sintomas como dispneia e edema.
- **Doença arterial periférica (DAP):** Caracteriza-se pelo estreitamento ou obstrução das artérias periféricas, especialmente em membros inferiores, reduzindo o fluxo sanguíneo.
- **Doença cardíaca reumática:** Decorre de complicações de febre reumática, causada por infecções estreptocócicas, que danificam as válvulas cardíacas.

## **IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

A prevenção das DCV depende diretamente da identificação precoce dos fatores de risco cardiovasculares (FRCV), sendo uma base para intervenções preventivas e terapêuticas. A atenção primária à saúde (APS) desempenha um papel crucial neste contexto, sendo o primeiro ponto de contato para a maioria dos pacientes e um cenário estratégico para a prevenção e o controle dessas doenças. A APS vem oferecendo uma oportunidade única para a implementação de programas de prevenção e controle de DCV. Essa detecção de FRCV na atenção primária é feita por uma combinação de avaliação clínica, exames laboratoriais e estratificação de risco.

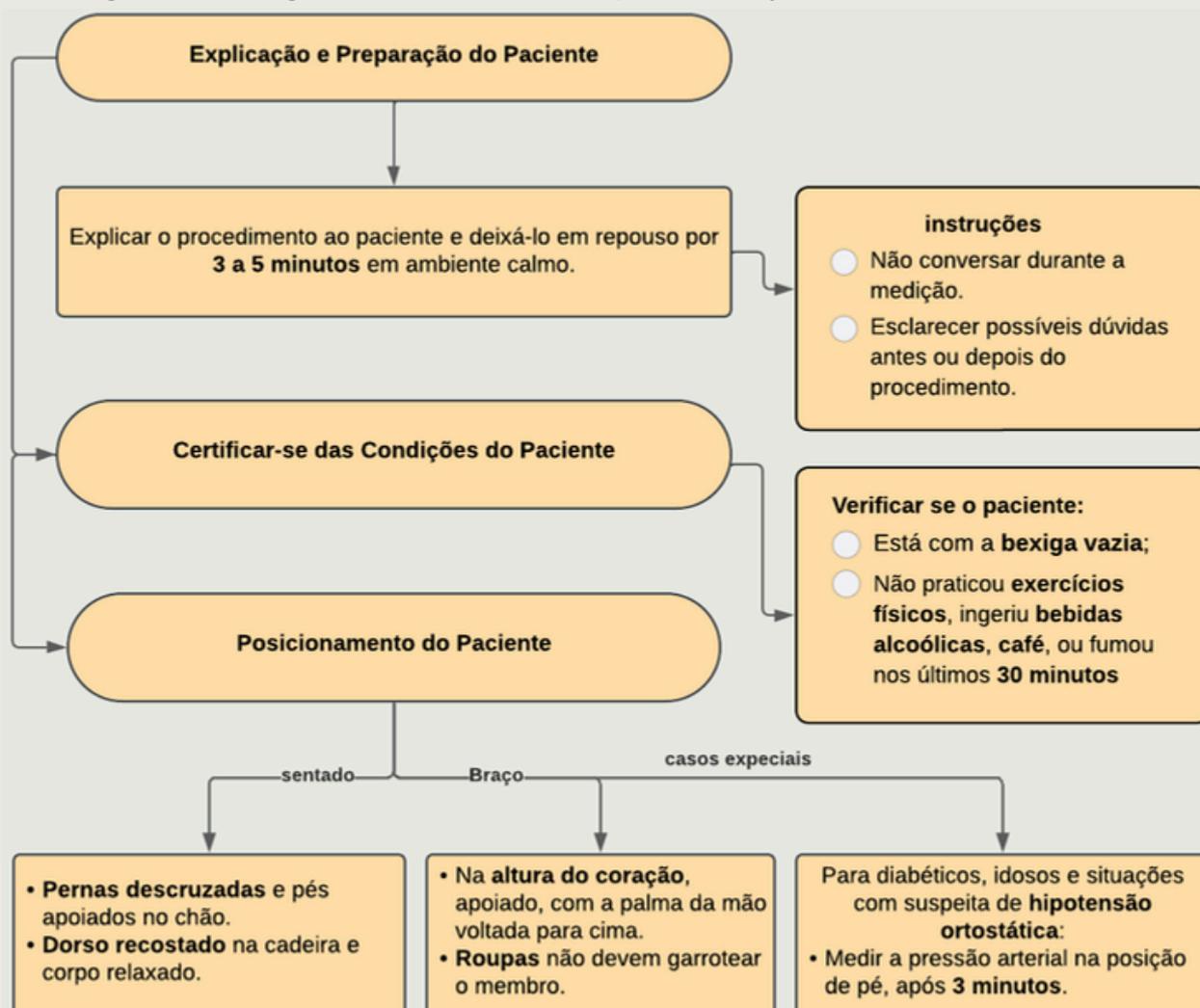
A presença dos fatores de risco como hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, diabetes mellitus, idade, sexo, histórico familiar, tabagismo aumentam os riscos de se desenvolver DCV. Além de outros fatores, incluindo questões sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais, podem também explicar as diferenças na carga de DCV entre as populações e suas tendências ao longo das décadas (Guimarães-Filho; Silva; Silva, 2022). Estratégias de prevenção, incluindo mudanças no estilo de vida e controle rigoroso dos fatores de risco, são fundamentais para reduzir a incidência e a gravidade das DCV.

# HIPERTENSÃO ARTERIAL

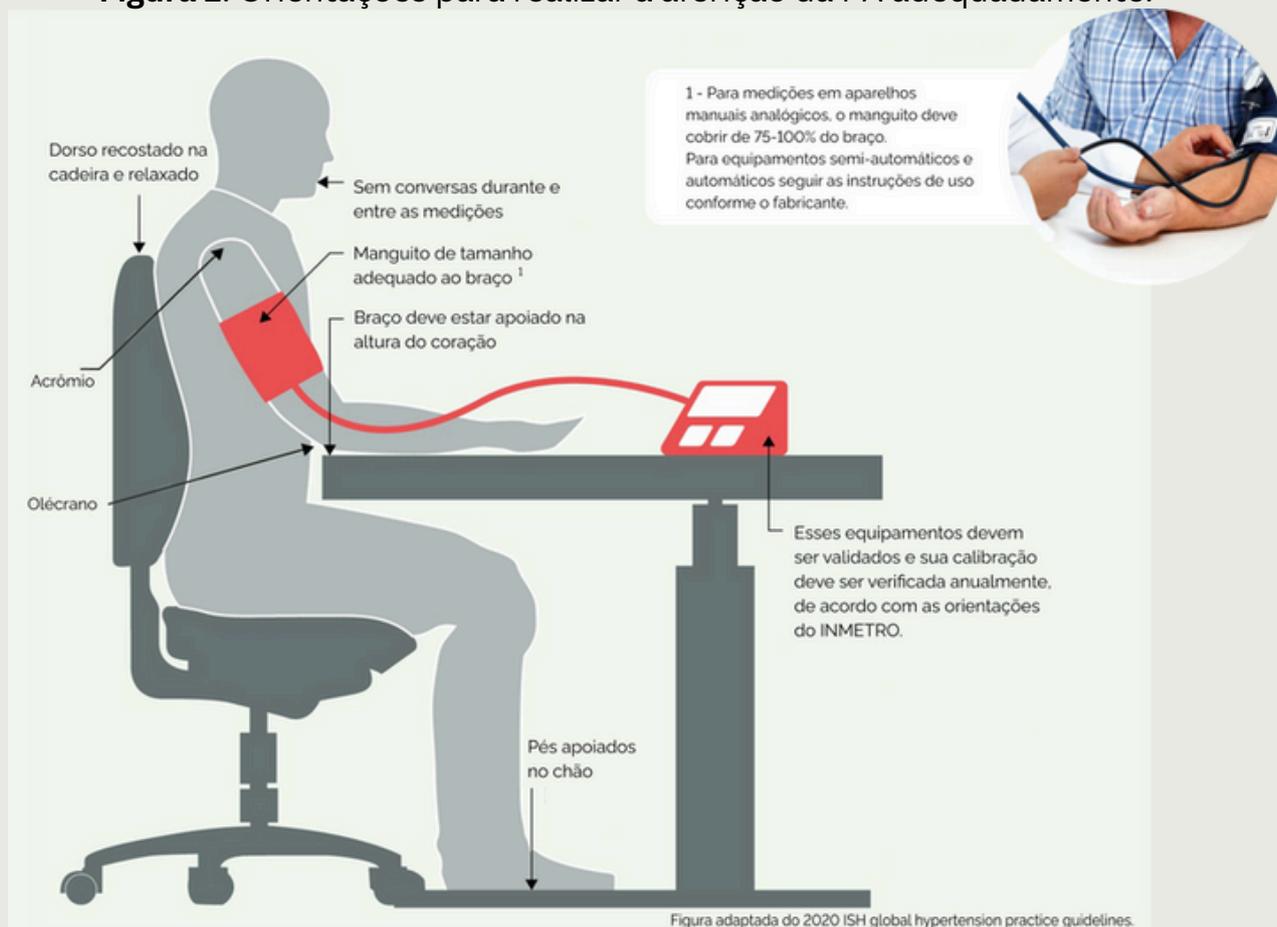
A hipertensão arterial (HA) está presente em cerca de 30% dos adultos no Brasil, é um dos maiores fatores de risco para infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020, o controle rigoroso da pressão arterial reduz em até 40% o risco de AVC e em 25% o risco de infarto do miocárdio. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9).

A pressão arterial sofre variações normais ao longo do dia, e assim o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS precisa ser feito pelo profissional de saúde, após aferições em condições adequadas, realizando o preparo do paciente, conforme orientações do fluxograma abaixo na figura 1 e exemplificado na figura 2.

**Figura 1 Fluxograma:** Procedimento para Medição de Pressão Arterial



**Figura 2.** Orientações para realizar a aferição da PA adequadamente.



**Fonte:** Linhas de Cuidados Secretaria de Atenção Primária - Ministério da Saúde

De acordo com as medidas, a pressão arterial pode ser categorizada conforme quadro 1 abaixo:

**Quadro 1:** Classificação diagnóstica da pressão arterial (adultos com mais de 18 anos de idade)

Categoria da pressão arterial	Sistólica mm Hg (máxima)	Diastólica mm Hg (mínima)
Normal	Menor que 120	Menor que 80
Pré-Hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160 ou maior	100 ou maior
Hipertensão grave estágio 3	Maior que 180	Maior que 110

**Fonte:** Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de cardiologia

O controle eficaz da pressão arterial é fundamental para reduzir o risco de doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. De acordo com o quadro 2, a adoção de medidas não farmacológicas desempenha um papel essencial nesse controle, incluindo a perda de peso, a prática regular de atividade física, a redução do consumo de sódio e álcool, além da adoção de uma dieta equilibrada, como o padrão DASH (Abordagens dietéticas para parar a hipertensão). Essas intervenções são capazes de reduzir significativamente os níveis pressóricos, contribuindo para a prevenção de complicações associadas à hipertensão arterial (Barroso et al., 2021).

**Quadro 2:** Medidas de controle da pressão arterial

<b>Modalidade</b>	<b>Intervenção NF</b>	<b>Dose</b>	<b>Diferença de PA obtida</b>
Controle do Peso	Peso/ gordura corpórea	Alcançar peso ideal. Esperada diminuição de 1mmHg por cada quilo de peso perdido	- 2/3 mmHg
Dieta saudável	Dieta tipo DASH	Dieta rica em frutas, vegetais, grãos e baixo teor de gordura. Redução de gordura saturada e trans	- 3 mmHg
Redução da ingestão de sódio	Sódio na dieta	Ideal < 2 g ou pelo menos redução de 1,0 g/dia	- 2/3 mmHg
Aumento da ingestão de potássio	Potássio na dieta	3,5 a 5,0 g/dia em dieta rica em potássio	- 2 mmHg
Atividade física	Aeróbia	150 min/semana	-5/7 mmHg

Atividade física	De resistência dinâmica	8 a 10 exercícios para os principais grupos musculares, 1 a 3 séries, 50 a 80% de 1 RM	
	De resistência isométrica	Exercício de handgrip (preensão de mão) unilateral ou 1 perna, 4 séries, 2 min de contração isométrica, 30% da contração voluntária máximo (CVM), 2-3 min de pausa entre as séries	-4/5 mmHg
Ingestão de álcool	Consumo de álcool	Para quem usa álcool Homens $\leq$ 2 drinques Mulheres $\leq$ 1 drinque	-4/5 mmHg

**NF:** não farmacológica; **PAS:** pressão arterial sistólica; **RM:** repetição máxima; **mmHg:** milímetros de mercúrio.

**Fonte:** Adaptado de Carey et al., 2018.6

A pressão alta faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para o sangue ser distribuído corretamente no corpo. A pressão alta é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, infarto, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca (Nicolau et al., 2021).

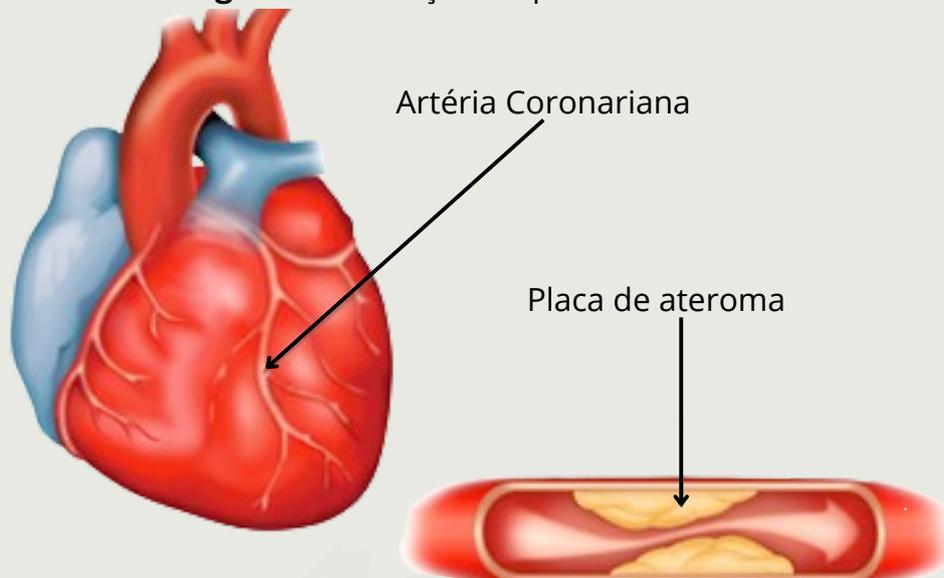
A HAS pode ser primária, quando surge sem causa clara, ou secundária, quando decorrente de outros problemas de saúde. Os sintomas mais comuns são dor de cabeça, tontura, palpitações e alteração na visão, além de outros sinais e sintomas (Figura 3). Devendo não ser negligenciada quando se apresentar de forma silenciosa (Brasil, 2022).

A hipertensão arterial é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Associa-se a fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cardiocirculatório e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e diabetes mellitus (DM) (Barroso et al., 2021).

**Figura 3:** Sinais e Sintomas da Hipertensão Arterial

Fonte: <https://magistralbr.caldic.com>

Dentre outras complicações, estudos recentes vêm demonstrando que a hipertensão arterial não controlada favorece o enrijecimento dos capilares (vasos sanguíneos de pequeno calibre). Este processo modifica o fluxo sanguíneo e prejudica a capacidade dos capilares realizarem corretamente as trocas gasosas e o transporte de nutrientes para os tecidos. Tornando esses vasos mais frágeis e suscetíveis ao rompimento, extravasamento sanguíneo (derrame vascular) ou obstrução levando a isquemia, devido à formação de coágulos ou de placas de ateroma, representado na Figura 4, (De Menezes et al., 2021).

**Figura 4:** formação de placa de ateroma

fonte: [clinicasaadi.com.br/sistema-cardiovascular-anatomia/sistema-cardiovascular](https://clinicasaadi.com.br/sistema-cardiovascular-anatomia/sistema-cardiovascular)

# DISLIPIDEMIAS

As dislipidemias se caracterizam por anomalias nos níveis de lipídios no sangue, classificadas segundo a atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017 em:

## Classificação etiológica

- **Dislipidemias Primárias:** são aquelas nas quais o distúrbio lipídico é de origem genética.
- **Dislipidemias Secundárias:** são decorrentes de estilo de vida inadequado, de certas condições mórbidas, ou de medicamentos.

## Classificação laboratorial

- **Hipercolesterolemia isolada:** aumento isolado do LDL-c (LDL-c  $\geq$  160 mg/dL).
- **Hipertrigliceridemia isolada:** aumento isolado dos triglicérides (TG  $\geq$  150 mg/dL ou  $\geq$  175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum).
- **Hiperlipidemia mista:** aumento do LDL-c (LDL-c  $\geq$  160 mg/dL) e dos TG (TG  $\geq$  150 mg/dL ou  $\geq$  175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum). Se TG  $\geq$  400 mg/dL, o cálculo do LDL-c pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se considerar a hiperlipidemia mista quando o não HDL-c  $\geq$  190 mg/dL.
- **HDL-c baixo:** redução do HDL-c (homens  $<$  40 mg/dL e mulheres  $<$  50 mg/dL) isolada ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG.

Para classificação laboratorial das dislipidemias faz-se necessário a realização de exames específicos para a avaliação do perfil lipídico, e esses podem ser solicitados pelo profissional médico ou pelo profissional enfermeiro de acordo com a Resolução COFEN-195/97.

O exame para avaliar o perfil lipídico é denominado lipidograma pode ser realizado com ou sem jejum dependendo da solicitação do profissional e, é constituído por: Colesterol Total (CT), LDL-C, HDL-C e Triglicérides (TG). O preparo para o exame consiste em:

- Manter a dieta habitual nos últimos 3 a 5 dias;
- Evitar o consumo de álcool nas 72 horas anteriores ao exame;
- Evitar exercícios físicos intensos nas ultimas 24 horas;
- Caso necessite de jejum recomenda-se 12 horas de jejum.

Os valores de referência para a avaliação do perfil lipídico está descrito no quadro 3 de acordo com a ultima atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Aterosclerose - 2017.

**Quadro 3:** Valores de referência do perfil lipídico

Lipideos	Valores (mg/dl)	Categoria
CT	<200	Desejável
	200-239	Limítrofe
	>240	Alto
LDL-C	>100	Otimo
	100-129	Desejavel
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	>190	Muito alto
HDL-C	>60	Desejável
	<40	Baixo

**Quadro 3-Continuação:** Valores de referência do perfil lipídico

Lipídeos	Valores (mg/dl)	Categoria
TG	<150	Desejável
	150-200	Limítrofe
	200-499	Alto
	>500	Muito alto

**Fonte:** Adaptado de Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose - 2017

O Ministério da Saúde (2020) juntamente com a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Sociedade Brasileira de Hipertensão, recomendam que a realização do exame para perfil lipídico seja conforme o risco cardiovascular, seguindo algumas orientações gerais como:

- Pessoas com 20 anos ou mais, com risco cardiovascular baixo e sem histórico de doenças relacionadas ao colesterol elevado (como hipertensão ou diabetes): Devem realizar exames a cada 3 a 5 anos.
- Pessoas com risco aumentado (como aquelas com histórico familiar de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, tabagismo ou sedentarismo): Devem realizar exames mais frequentes, dependendo da avaliação médica (anual ou bienal).
- Pessoas com histórico de doenças cardiovasculares ou alterações no perfil lipídico: A frequência pode ser mais alta e personalizada, com acompanhamento médico regular de 3 a 6 meses.

É importante que a frequência seja ajustada conforme a orientação de um profissional de saúde, considerando os fatores de risco. Em geral recomenda-se que a realização de exames de rastreio para adultos seja anual.

## OBESIDADE

A Organização Mundial da saúde (OMS) conceitua obesidade como excesso de gordura corporal que trazem prejuízos à saúde. A obesidade e o sobrepeso são condições complexas e crônicas, cuja prevalência cresceu absurdamente nas últimas décadas (SBC, 2019). Os principais fatores que contribuem para o acometimento desta enfermidade podem ser observados na figura 5.

**Figura 5:** fatores de risco para a obesidade

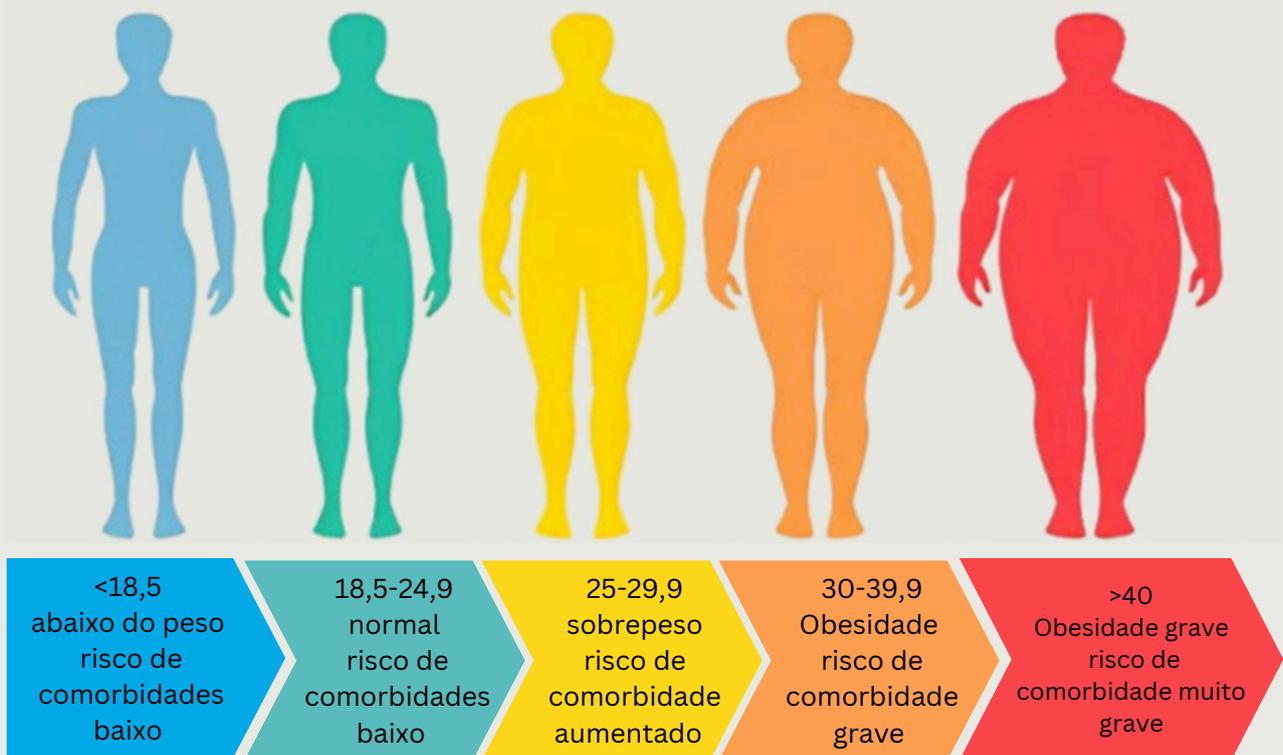


**Fonte:** <https://academiaflex.com.br>

Os hábitos alimentares pouco saudáveis, a falta de atividade física, a sobrecarga mental que incluem as questões sociais, econômicas e sanitárias, todos esses aspectos estabelecem uma relação direta, contínua, entre o excesso de peso e os níveis de alteração da PA. Apesar de décadas de evidências inequívocas de que a circunferência abdominal (CA) fornece informações independentes e aditivas ao índice de massa corpórea (IMC) para prever morbidade e risco de morte, tal medida não é rotineiramente realizada na prática clínica. Recomenda-se que os profissionais de saúde sejam treinados para realizar adequadamente essa simples medida e considerá-la como um importante “sinal vital” na prática clínica (Barroso et al., 2021).

Para o diagnóstico da obesidade é necessário saber o peso e a altura do indivíduo, de posse desses dados se calcula o (IMC) e se classifica conforme figura 6. O sintoma principal é o excesso de gordura corporal, com evidência para a gordura abdominal, aumentando o risco de problemas de saúde.

**Figura 6:** Classificação do peso de acordo com o índice de massa corporal (IMC)



Fonte: Adaptado Mundoboaforma.com

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$



Aponte a câmera para o QR Code ou

[CLICK AQUI](#)

Para usar a calculadora de IMC

## SEDENTARISMO

O sedentarismo é caracterizado pela predominância de atividades com baixo gasto energético em comparação ao repouso. Esse comportamento aumenta significativamente o risco de doenças, tornando-se um importante problema de saúde pública. De acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017), combater o sedentarismo é uma prioridade na prevenção dessas doenças. Destaca-se, ainda, que mesmo indivíduos que realizam atividade física regularmente não estão isentos dos efeitos negativos do comportamento sedentário prolongado, reforçando a necessidade de reduzir o tempo em inatividade ao longo do dia, conforme ilustrado na figura 7 abaixo.

**Figura 7:** Estilo de vida sedentário

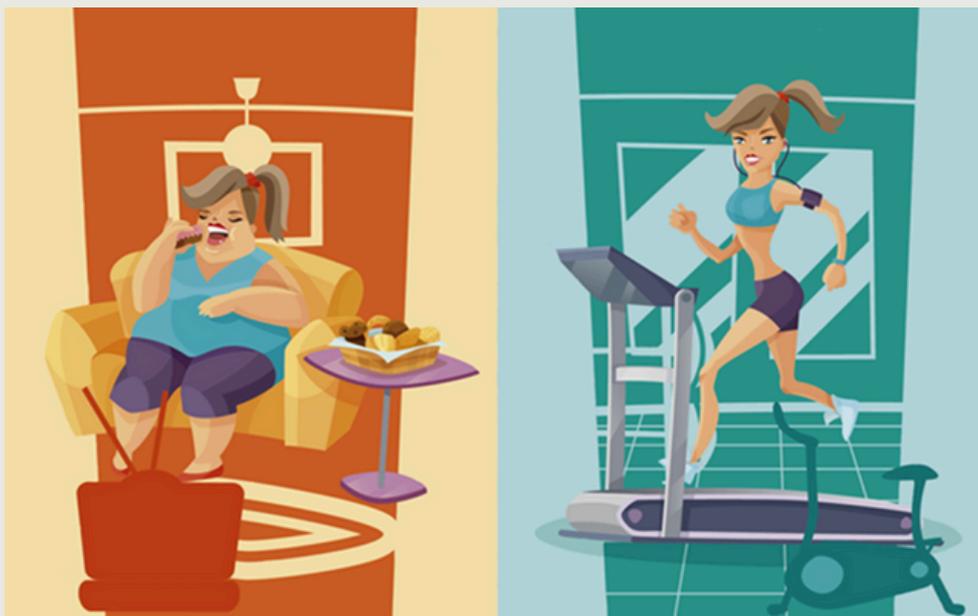


**Fonte:** Cazo; blog do AFTM

Dependendo da forma como se realiza a prática de atividade física, esta não compensa os efeitos do tempo em comportamento sedentário. Portanto, além de incluir mais atividade física na sua rotina, se tornando mais ativo fisicamente, diminuir o tempo gasto em comportamento sedentário é tão importante quanto.

A OMS (2020) recomenda a prática de atividade física para todas as faixas etárias, como principal medida preventiva de redução dos alarmantes índices de sedentarismo. Estipulando que crianças e adolescentes realizem pelo menos uma média de 60 minutos por dia de atividade física moderada e vigorosa. Para adultos, a recomendação é de pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada por semana, na figura 8 temos exemplos de comportamento sedentário e comportamento não sedentário.

**Figura 8:** Exemplo de vida sedentária e não sedentária



**Fonte:** <https://drmarcosilveira.com>

É importante destacar que o sedentarismo não se resume apenas à falta da prática de atividades físicas. A prática de atividades por si só, portanto, não é sinônimo de que a pessoa não é sedentária. A vida não sedentária é um conglomerado de boas práticas que envolvam o cuidar do corpo e da mente.

Santos (2024), considera o sedentarismo um grave problema de saúde pública, uma vez que está intimamente relacionado com o desenvolvimento de inúmeras doenças crônicas, sendo fator de risco para problemas como:

- Doença arterial coronariana;
- Infarto agudo do miocárdio;
- Hipertensão arterial;
- Diabetes mellitus tipo 2;
- Osteoporose;
- Alguns tipos de câncer, como câncer de cólon e de mama.

Além disso, a inatividade física relaciona-se com o desenvolvimento de obesidade, aumento do risco de quedas em idosos, depressão, ansiedade, alterações no humor, dislipidemia, comprometimento do sono, da saúde cardiometabólica e do comportamento social. No quadro 4 abaixo podemos observar os benefícios da atividade física no combate aos danos causados pelo sedentarismo.

**Quadro 4:** Benefícios da atividade física

<b>Atividades físicas e seus benefícios em relação ao sedentarismo</b>
Redução do risco de morte por doenças cardiovasculares
Redução da incidência de hipertensão
Redução dos sintomas de depressão e ansiedade
Melhora da saúde cognitiva
Melhora do sono
Prevenção de incapacidade advinda do envelhecimento.

## DIABETES MELLITUS

É um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, como a destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. Em casos mais graves, o diabetes pode levar à morte (Brasil, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), existem atualmente, mais de 13 milhões de pessoas vivendo com a doença, representando 6,9% da população. A melhor forma de prevenir é atribuindo ao seu cotidiano hábitos de vida saudáveis como atividades físicas regulares, mantendo uma alimentação saudável e equilibrada, evitando consumo de álcool, tabaco e drogas. Quando a pessoa tem diabetes, o organismo não fabrica insulina e não consegue utilizar a glicose adequadamente. A insulina é o hormônio que controla os níveis de glicose no sangue. Ela é produzida pelo pâncreas e desempenha um papel importante no metabolismo do corpo, sua falta ou produção insuficiente pode causar o diabetes. Os tipos mais comuns são representados no quadro 5.

TIPOS DE DIABETES	
Tipo 1	Tipo 2
Não está associado a perda de peso	Mesmo com fatores genéticos, está associado com o excesso de peso
É uma doença autoimune	O corpo passa a ter resistência à insulina, ou seja, perda da capacidade para responder aos efeitos dos hormônios.
É tratada com injeções de insulina e não pode ser controlado por outros medicamentos.	Dependendo do caso pode ser tratado com medicamentos e com mudança no estilo de vida.

Fonte: Elaborado pelos autores

O **Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)**, geralmente é crônica e faz com que o pâncreas pare de produzir insulina. Por isso, é necessário o uso contínuo de insulina. Já o **Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)**, é aquele que se desenvolve durante a vida, devido a alimentação e hábitos inadequados.

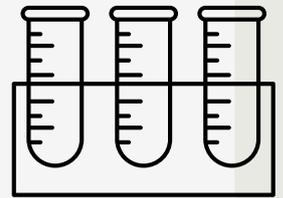
É estimado que pacientes com diabetes tenham expectativa de vida reduzida em quatro anos a oito anos, em comparação com indivíduos sem diabetes. Os principais determinantes do aumento de risco, tanto para DM1 como para DM2, são: grau de doença aterosclerótica preexistente, eventos cardiovasculares preexistentes, lesões de órgão alvo relacionadas ao diabetes, número e intensidade de fatores de risco tradicionais e a duração do diabetes (De Oliveira Izar et al., 2022).

O diagnóstico do diabetes mellitus (DM) na APS deve ser estabelecido mediante a identificação de hiperglicemia em exames de sangue específicos (Figura 9). Esses exames podem ser solicitados pelo profissional médico, e no caso específico do exame de glicemia pelo profissional enfermeiro no âmbito da APS na (figura 10) temos os valores de referência para as taxas de glicemia.

**Figura 9:** Exames para diagnóstico do Diabetes

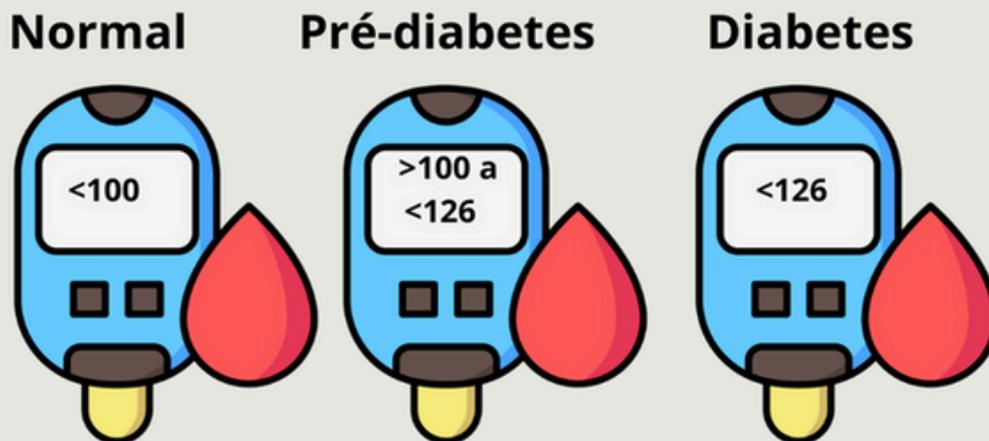


Existem 4 tipos de exames que podem ser realizados na APS para detectar o diabetes: glicemia casual, glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75g em duas horas (TTG) e, em alguns casos hemoglobina glicada (HbA1c)



**Fonte:** Elaborado pelos autores

**Figura 10:** Valores de referência da glicemia



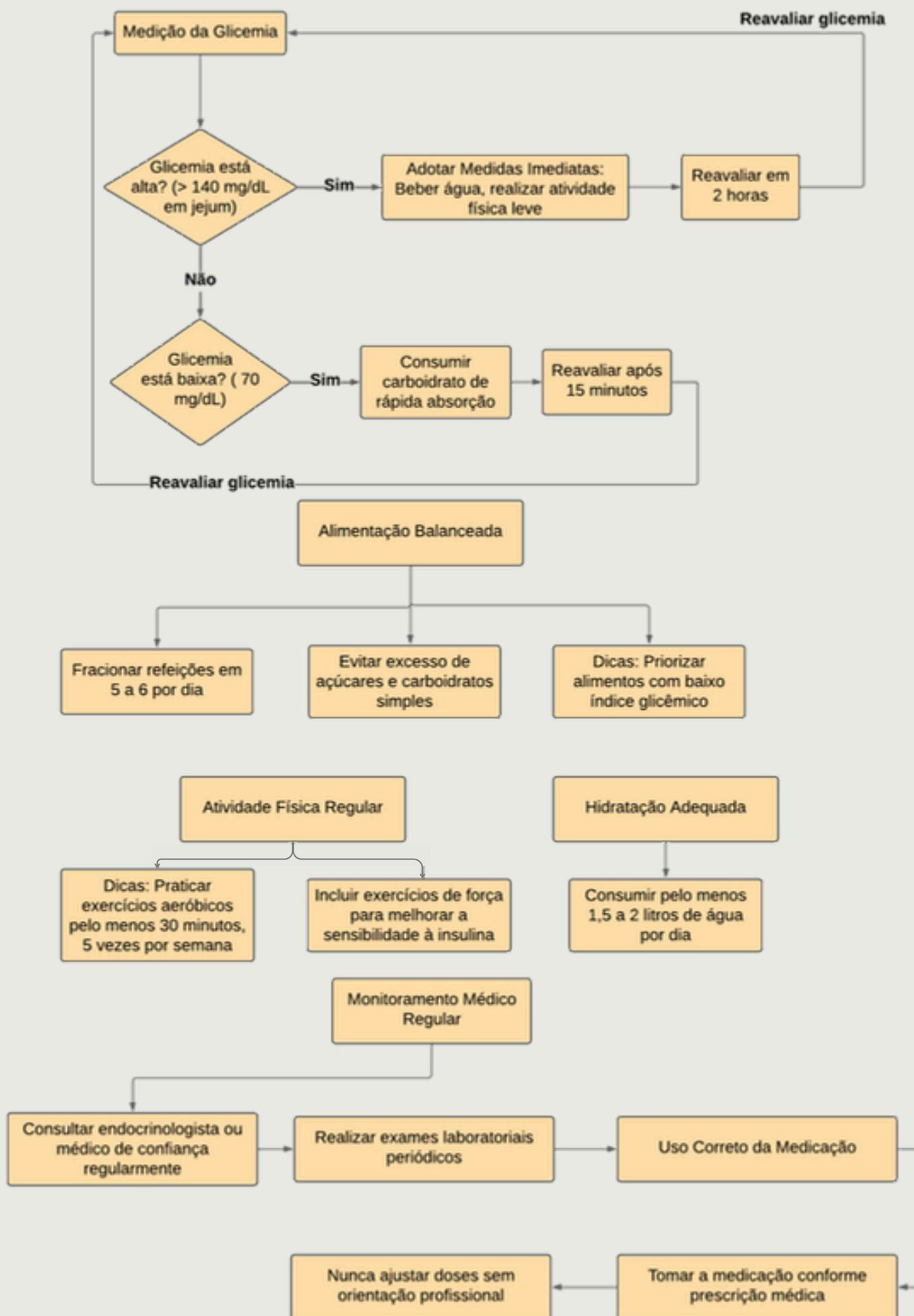
**Fonte:** Elaborado pelos autores

## Sinais e sintomas de hiperglicemia são:

TÍPICOS de hiperglicemia	SUGESTIVOS de hiperglicemia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliúria</li> <li>• Polidipsia</li> <li>• Polifagia</li> <li>• Perda de peso inexplicada</li> <li>• Desidratação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noctúria</li> <li>• Visão turva</li> <li>• Cansaço</li> <li>• Infecções recorrentes (Candidíase e Periodontite)</li> <li>• Má cicatrização de feridas</li> <li>• Albuminúria transitória em pacientes com DM1 com menos de 5 anos de doença</li> </ul>

O Ministério da Saúde preconiza que uma alimentação variada, saudável e adequada supre a demanda de vitaminas e minerais que o organismo da maioria das pessoas precisa. Estudos mostram que o consumo de frutas, legumes e verduras protege contra diversas doenças crônicas não transmissíveis, incluindo o diabetes. Dessa forma, cuidar do que se come é muito importante para prevenção de várias doenças (Brasil, 2022). Na figura 11, o fluxograma aborda medidas capazes de auxiliar o controle dos níveis de glicemia no sangue.

Figura 11 Fluxograma: Dicas para controlar os níveis de glicose no sangue



## IDADE

A idade é o principal fator de risco não modificável de doenças cardiovasculares. Homens com mais de 65 anos e mulheres com mais de 75 anos apresentam risco aumentado de doença cardíaca, mas como é um fator não modificável, há necessidade de se intensificar os cuidados com os outros fatores que podem ser modificados.

Com o envelhecimento, a alteração da pressão arterial torna-se um problema mais significante, resultante do enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artérias. Em torno de 65% dos indivíduos acima dos 60 anos apresentam hipertensão arterial, e deve-se considerar a transição epidemiológica que o Brasil vem passando, com um número cada vez maior de idosos ( $\geq 60$  anos) nas próximas décadas, o que acarretará um incremento substancial da prevalência de HA e de suas complicações (Brasil, 2022).

**Figura 12:** Envelhecer com saúde



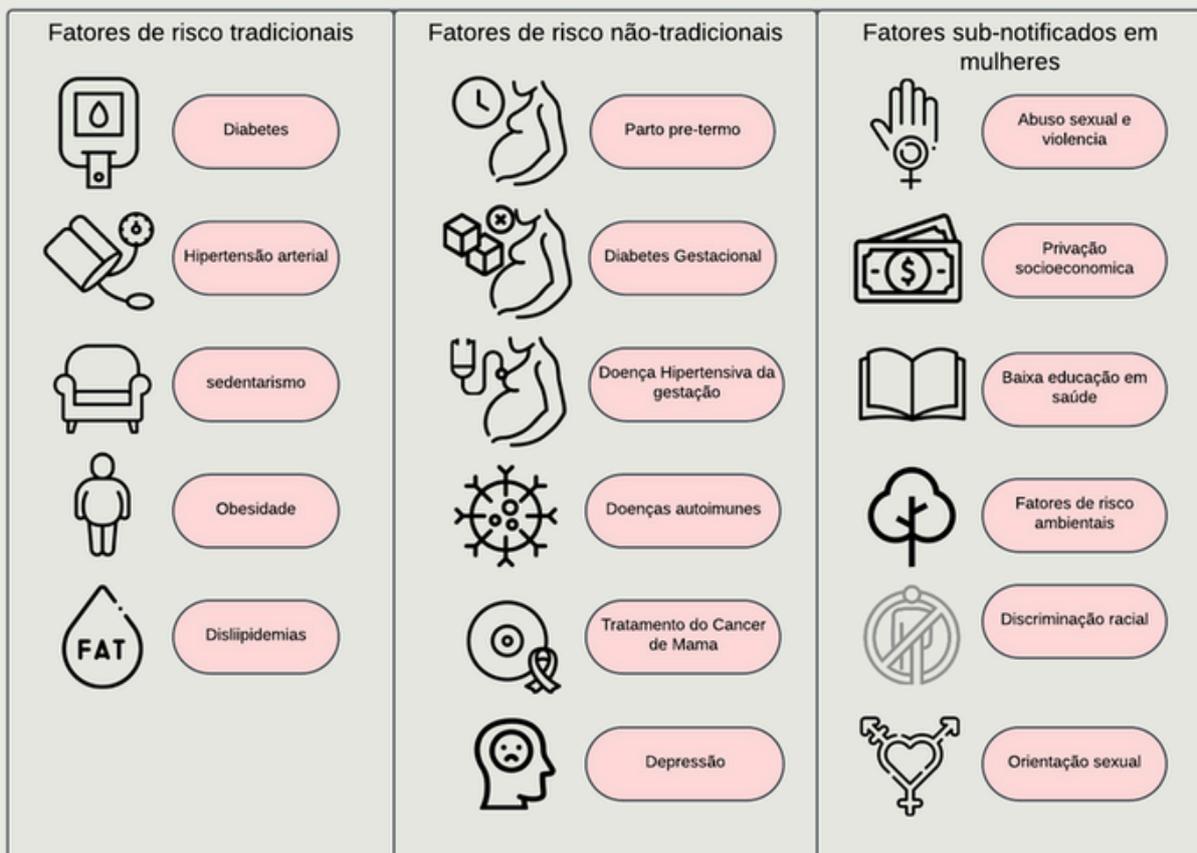
Fonte: Cazo; blog do AFTM

## SEXO

Embora homens e mulheres tenham riscos semelhantes de doença cardiovascular ao longo da vida, há diferenças consideráveis na primeira manifestação. Os homens são mais propensos a desenvolver doença cardíaca coronária como um primeiro evento, enquanto as mulheres são mais propensas a ter doença cerebrovascular ou insuficiência cardíaca como seu primeiro evento, embora essas manifestações apareçam mais frequentemente em idades mais avançadas.

Segundo a Estatística Cardiovascular - Brasil 2021, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), as queixas de dores do peito, que podem estar relacionadas a problemas cardiovasculares e obstrução de artérias do coração foram mais prevalentes em mulheres do que em homens nos estudos analisados. Portanto, é fundamental a conscientização da população feminina sobre as formas de prevenção das DCV, uma vez que as mulheres são mais acometidas pelos principais fatores de risco. A figura 13 apresenta diversos fatores de risco que implicam na saúde cardiovascular.

**Figura 13:** Fatores de risco relacionados ao sexo



Fonte: Elaborado pelos autores

## HISTÓRICO FAMILIAR

Está relacionado à presença de condições cardíacas em membros da família, como pais, irmãos e avós. Isso inclui doenças como hipertensão, doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca, entre outras.

O histórico familiar pode, em alguns casos, ser decisivo no desenvolvimento da doença cardiovascular, pois, a genética é considerada um fator de risco para problemas no coração que não conseguimos modificar, diferente dos hábitos e do estilo de vida.

Entre as principais doenças cardiovasculares hereditárias estão as síndromes arrítmicas, miocardiopatias, arteriopatias e a hipercolesterolemia familiar.

### Leitura complementar



O que são síndromes arrítmicas? São distúrbios que afetam o ritmo normal do coração.



O que são miocardiopatias? é uma das causas mais frequentes de insuficiência cardíaca, causando alterações na estrutura do músculo do coração. Essa condição faz com que o coração tenha o seu funcionamento prejudicado, e não consiga bombear o sangue corretamente.



O que são arteriopatias? é uma doença onde as artérias são obstruídas impedindo o fluxo de sangue.



O que é hipercolesterolemia familiar? é uma condição genética hereditária, causada por uma mutação genética que impede o fígado de remover o excesso de colesterol do sangue. Como resultado, o colesterol se acumula nas artérias, aumentando o risco de doenças cardíacas.

# TABAGISMO

O tabagismo é uma doença crônica que consiste na dependência química à nicotina, substância presente nos produtos de tabaco. É uma doença evitável e epidêmica, que pode causar dependência física, psicológica e comportamental. Sendo um fator de risco para as DCV, doenças respiratórias crônicas, neoplasias, doenças reumáticas.

O tabagismo afeta o sistema cardiovascular da seguinte forma (Brasil, 2022):

- Apenas alguns cigarros por dia, o fumo ocasional ou a exposição ao fumo passivo aumentam o risco de doenças cardíacas.
- Fumantes de tabaco têm até duas vezes mais risco de AVC e quatro vezes mais risco de doenças cardíacas.
- A fumaça do tabaco danifica as artérias do coração, causando o acúmulo de placas e o desenvolvimento de coágulos sanguíneos, restringindo o fluxo sanguíneo e levando a ataques cardíacos e derrames.
- O uso de nicotina e outros produtos de tabaco aumentam o risco de doenças cardiovasculares.

Além dos riscos causados pelo consumo do cigarro tradicional a OMS (2021), alerta sobre a desinformação dos riscos associados ao uso de cigarros eletrônicos sendo um obstáculo significativo para as políticas de prevenção e redução de danos. Os desafios no combate ao consumo de cigarros eletrônicos envolvem múltiplos fatores, incluindo a crescente popularidade entre jovens, a percepção equivocada de que são menos prejudiciais do que os cigarros tradicionais e a ampla disponibilidade desses dispositivos. Considerando que são variáveis os níveis de nicotina, o que pode levar à dependência e aumentar o risco de DCV e respiratórias.

**Figura 14:** Consequência do tabagismo



Na Atenção Primária à Saúde, a abordagem ao tabagismo deve ser sistemática, integral e contínua, considerando que a APS é o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde e tem um papel fundamental na prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento da dependência de tabaco. Abordar o tabagismo é essencial, pois, apesar de seu impacto na pressão arterial, ele é o único fator de risco cardiovascular totalmente evitável.

A seguir, os principais componentes da abordagem ao tabagismo que devem ser seguidos na APS conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tabagismo, 2022:

### **Identificação de Fumantes**

Com base em uma abordagem não punitiva e empática, o profissional de saúde deve:

- Informar o paciente sobre os riscos do tabagismo e os benefícios da cessação (como a redução dos riscos de câncer, doenças respiratórias e cardiovasculares, além da melhoria da qualidade de vida).
- Motivar a mudança de comportamento, destacando que a cessação do tabagismo é um processo possível e positivo.
- Estabelecer metas claras para o paciente, ajudando-o a definir estratégias para reduzir o consumo e a buscar apoio.

### **Aconselhamento Breve**

- Escutar as dificuldades do paciente, considerando as questões emocionais, psicológicas e sociais que podem estar associadas ao hábito de fumar.
- Orientar sobre técnicas de enfrentamento para lidar com o estresse, ansiedade e outros gatilhos que podem levar ao consumo do tabaco.

## Orientações e Apoio Psicossocial

A APS por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) também pode fornecer acesso a tratamentos farmacológicos para auxiliar na cessação do tabagismo. O profissional de saúde (médico) deve avaliar as condições do paciente para indicar a terapia mais adequada. Isso pode incluir:

- Terapia de reposição de nicotina (adesivos, gomas, pastilhas), que ajuda a aliviar os sintomas de abstinência.
- Bupropiona e vareniclina, que são medicamentos que podem reduzir os desejos de fumar e ajudar a prevenir recaídas.
- Acompanhar o progresso do paciente, avaliando a redução do consumo e oferecendo reforço positivo.
- Monitorar sintomas de abstinência, ajustando a abordagem terapêutica conforme necessário.
- Identificar recaídas e, caso ocorram, realizar novas intervenções, oferecendo suporte para reiniciar o processo de cessação.

## Tratamento Farmacológico

- Pode ser feito durante consultas de rotina, exames preventivos ou por meio de triagem, utilizando perguntas simples como: "Você fuma ou já fumou?"; "Quantos cigarros você fuma por dia?"; "Há quanto tempo você fuma?"
- Essa identificação pode ser complementada por uma avaliação do grau de dependência com ferramentas como o Questionário Fagerström (que avalia a dependência de nicotina) e a história de tentativas de cessação, ajudando a categorizar o paciente e direcionar o tipo de intervenção.

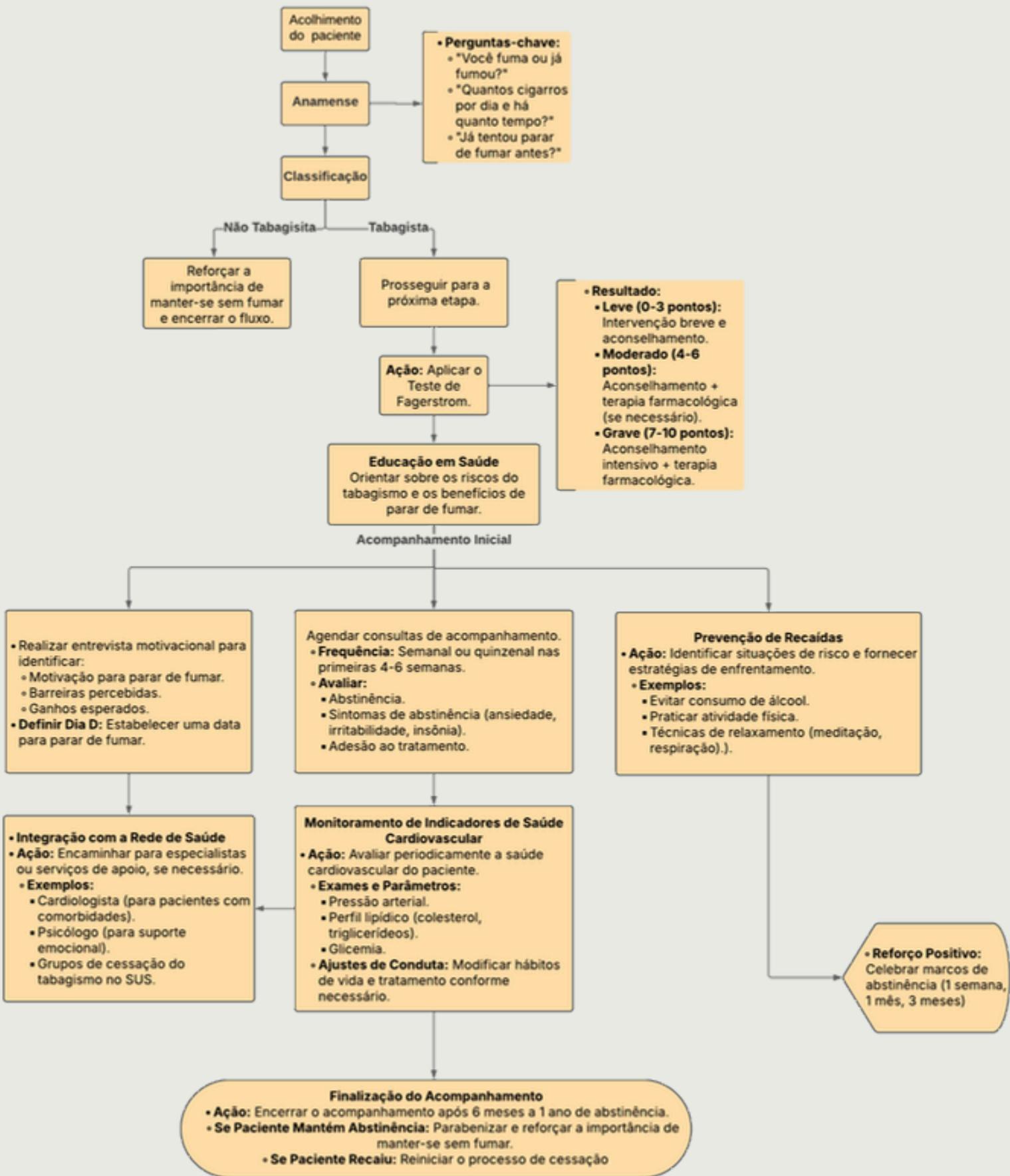
O teste de Fagerström mede o grau de dependência à nicotina. Responda às perguntas abaixo, some o número no final de cada resposta e veja o resultado conforme a avaliação do resultado no quadro 6 abaixo: 31

**Quadro 6:** Escala de Fagerström

Escala de Fagerström	Resposta	Pontos
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	Dentro de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Depois de 60 minutos	0
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)?	Sim	1
	Não	0
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	O primeiro da manhã	1
	Outros	0
	Menos de 10 (0)	0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	De 11 a 20 (1)	1
	De 21 a 30 (2)	2
	Mais de 31 (3)	3
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	Sim	1
	Não	0
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?	Sim	1
	Não	0
<b>Dependência</b> (soma dos pontos): 0-2 (muito baixa), • 3-4 (baixa); 5 (média); 6-7 (elevada); 8-10 (muito elevada)		

**Fonte:** Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tabagismo

Figura 15: Fluxograma de atendimento ao tabagista



Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tabagismo

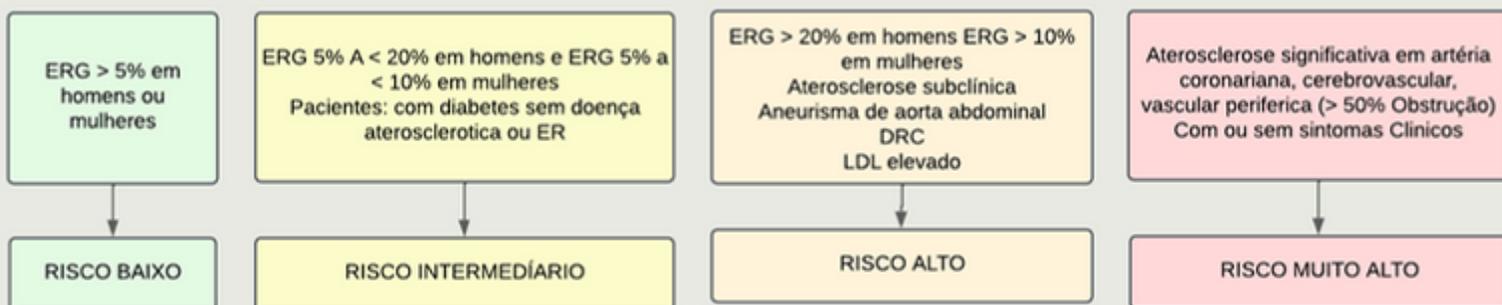
## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

É uma ferramenta fundamental na prática clínica, especialmente no contexto da APS. Ela permite identificar indivíduos com maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares nos próximos anos, orientando decisões preventivas e terapêuticas. Essa abordagem melhora a alocação de recursos e garante uma intervenção mais personalizada, com base em uma combinação de fatores clínicos, laboratoriais e, mais recentemente, biomarcadores emergentes (Brasil, 2019).

O principal objetivo é identificar indivíduos que apresentam maior risco de eventos como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte cardiovascular. A avaliação precoce do risco possibilita a adoção de intervenções preventivas, como mudanças no estilo de vida, controle de fatores de risco modificáveis (hipertensão, dislipidemia, tabagismo, diabetes) e, em casos mais graves, o uso de terapias farmacológicas (estatinas, anti-hipertensivos, antidiabéticos, entre outros).

A estratificação pode classificar o risco conforme a probabilidade de eventos cardiovasculares no futuro, geralmente em baixo, intermediário, alto e muito alto (Figura 16).

**Figura 16:** Estratificação do risco cardiovascular



DRC: DOENÇA RENAL CRÔNICA (Taxa de filtração glomerular < 60 mL/mn/m<sup>2</sup>. Não dialítico)  
ER Estratificação de risco.  
ERG: Escore de risco global

**Fonte:** Adaptado do Ministério da Saúde

## FERRAMENTA DE ESTRATIFICAÇÃO

### ESCORE DE RISCO GLOBAL DE FRAMINGHAM

O Framingham Risk Score foi uma das primeiras ferramentas amplamente utilizadas para calcular o risco de eventos cardiovasculares. Ele considera fatores como idade, sexo, histórico familiar, hipertensão arterial, dislipidemias, sedentarismo tabagismo, obesidade e diabetes como cruciais na estratificação de risco cardiovascular (Brasil, 2019). Todos esses fatores são elegíveis para se aplicar na escala que determinar o risco de se desenvolver eventos cardiovasculares em 10 anos.

A escala de Framingham deve ser amplamente utilizada nas abordagens realizadas na APS, melhorando a precisão da estratificação de risco, facilitando o atendimento dos clientes que buscam o serviço. Para maximizar o impacto, é essencial tratar os fatores de risco de forma independente, potencializando o controle de DCV (Précoma et al., 2019).

Para garantir a conscientização sobre a importância de cuidar da saúde cardiovascular, no ano de 2000 a Federação Mundial do Coração com apoio das Nações Unidas estipulou o dia 29 de setembro como o Dia Mundial do Coração. O “setembro Vermelho” é um período em que se ressalta a importância de se cuidar do coração, com mudanças de estilo de vida e aderência a bons hábitos.

#### Leitura complementar



Aponte a camera para o QR Code ou

[CLICK AQUI](#)

Para usar a calculadora de risco de Framingham

## Alimentação saudável

Quanto mais “*in natura*” o alimento, maior o benefício para a saúde, com redução de gorduras saturadas, sal, conservantes e corantes. Atentando-se para alimentos que fazem “bem” ao coração como as oleaginosas (nozes, azeite e castanhas) e as fibras alimentares que auxiliam no controle do colesterol, triglicérides e pressão arterial. É necessária uma dieta balanceada em relação à qualidade e à quantidade.

## Manutenção de um estilo de vida ativo

As atividades físicas são as atividades realizadas no dia a dia, com algum grau de movimento muscular, mas sem necessariamente um objetivo específico, como o que ocorre nos esportes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, recomenda-se de 150 a 300 minutos de atividades de moderada intensidade por semana (caminhada no percurso para o trabalho, como lazer, serviços domésticos, serviços de jardinagem etc.) ou 75 minutos de atividades de alta intensidade por semana, como caminhadas aceleradas, corrida, natação, musculação entre outros.

## Controle adequado do peso

A obesidade é uma alteração corporal que envolve excesso de gordura e faz com que ocorra um aumento do risco de problemas de saúde, principalmente no coração.

Geralmente, a obesidade resulta de um desbalanço entre a ingestão de mais calorias do que aquelas gastas nas atividades de vida diária.

Sabe-se que a obesidade está relacionada com a saúde do coração e deve ser combatida com uma alimentação saudável e balanceada, além de um estilo de vida ativo e realização de exercícios físicos regularmente.

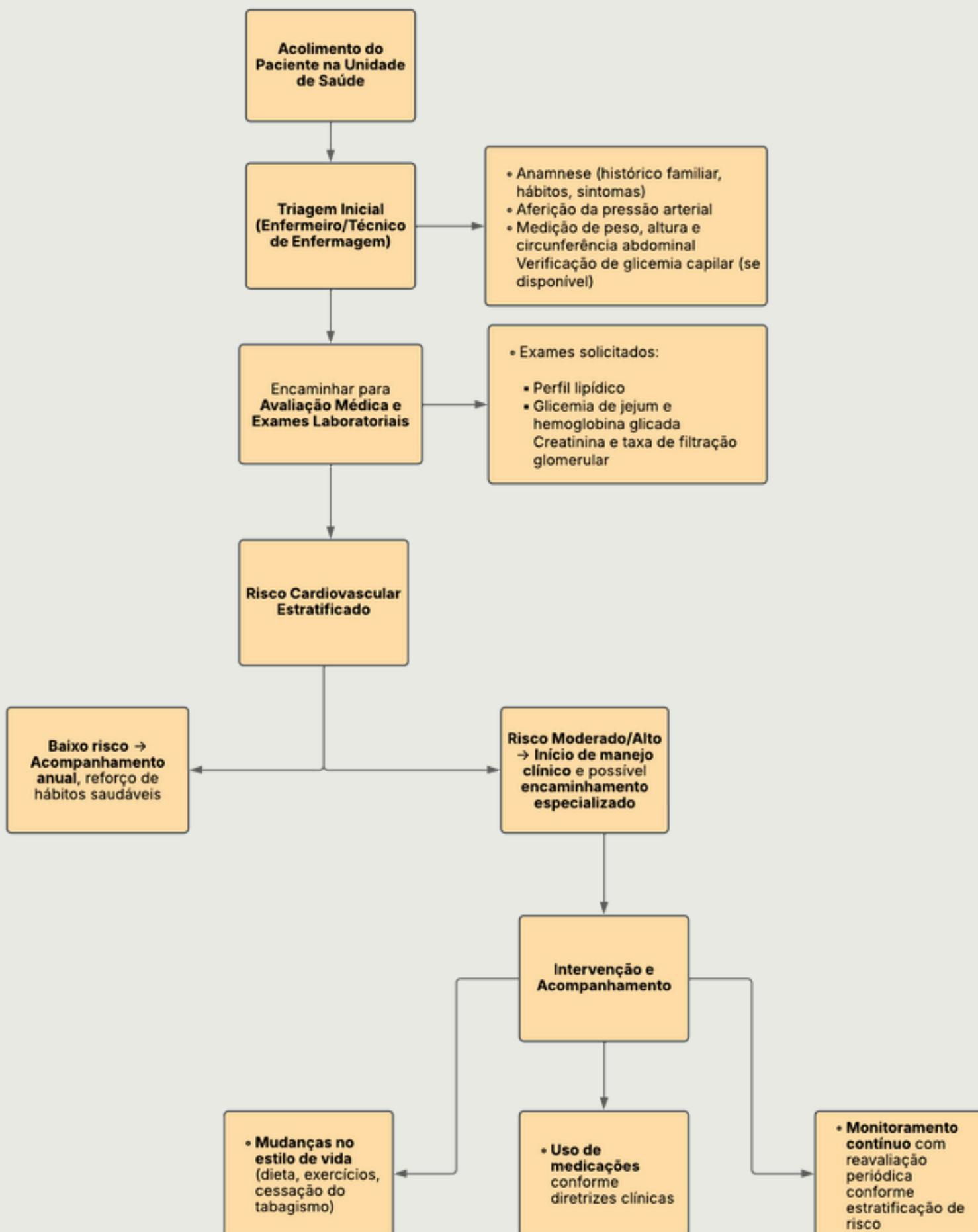
## Interrupção do tabagismo

O cigarro é uma das maiores causas de mortes evitáveis no mundo e um importante fator de risco das doenças cardiovasculares, principalmente a angina e o infarto. Os homens fumantes têm três vezes mais chances de ter um infarto, se comparado aos homens não fumantes. Nas mulheres, esse risco é ainda maior. E não são apenas os fumantes que têm mais chances de sofrer um infarto. O fumante passivo, que é uma pessoa que se expõe diariamente à fumaça do cigarro, também tem um risco aumentado de desenvolver doenças do coração em relação aqueles que não se expõem a tais fatores.

## Proposta de fluxograma para atendimento na Atenção Primária à Saúde

A seguir na figura 17, o fluxograma apresentado propõe um modelo sistemático para a identificação de fatores de risco de doenças cardiovasculares em adultos na Atenção Primária à Saúde. O processo inicia-se com o acolhimento do paciente na unidade de saúde, seguido por uma triagem inicial conduzida por profissionais de enfermagem, que inclui anamnese, aferição de parâmetros antropométricos e exames laboratoriais básicos. Com base nos resultados, realiza-se a estratificação do risco cardiovascular em baixo, moderado ou alto. Pacientes de baixo risco são acompanhados anualmente com foco em reforçar hábitos saudáveis, enquanto aqueles com risco moderado ou alto recebem manejo clínico imediato com encaminhamento para profissionais especializados e intervenções no estilo de vida, uso de medicações e monitoramento contínuo, conforme diretrizes. Essa ferramenta visa a detecção precoce e o tratamento oportuno, contribuindo para a prevenção de complicações cardiovasculares.

**Figura 17:** Proposta de fluxograma para identificação de fatores de risco de doenças cardiovasculares em adultos na Atenção primária a Saúde.





**ARTIGO:** Conhecimento do Infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem

[\*\*CLICK AQUI\*\*](#)



**ARTIGO:** Fatores de risco para doença cardiovascular em adultos jovens sedentários

[\*\*CLICK AQUI\*\*](#)



**ARTIGO:** Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular – 2021

[\*\*CLICK AQUI\*\*](#)



**EBOOK:** ESTRATÉGIA DE SAÚDE CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

[\*\*CLICK AQUI\*\*](#)



Estratégia de Saúde Cardiovascular na APS

[\*\*CLICK AQUI\*\*](#)



**CURSO:** Propedêutica Cardiovascular na Atenção Básica

[\*\*CLICK AQUI\*\*](#)

- BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o tabagismo**. Dezembro/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-o-tabagismo/view>. Acesso em: 10 fev. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dicas de alimentação para quem possui diabetes**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/noticias/2022/5-dicas-para-cuidar-da-alimentacao-de-quem-possui-diabetes>. Acesso em: 9 dez. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>. Acesso em: 28 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica: saúde explica o que é, quais os riscos e como prevenir a doença e os agravos**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/hipertensao-arterial-sistemica>. Acesso em: 30 out. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de cuidado**. Atualizado em 2020. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>. Acesso em: 10 dez. 2024.
- DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Resolução Cofen 195/97. **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro [Internet]**. Rio de Janeiro: COFEN, 1997. Disponível em <https://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-19597-dispoe-sobre-a-solicitacao-de-exames-de-rotina-e-complementares-por-enfermei/>. Acesso em: 05 dez. 2024.
- DE MENEZES, Sara Teles et al. Hypertension, prehypertension, and hypertension control: association with decline in cognitive performance in the ELSA-Brasil cohort. **Hypertension**, v. 77, n. 2, p. 672-681, 2021.
- DE OLIVEIRA IZAR, Maria Cristina et al. Estratificação de risco em pessoas com diabetes. Manejo Risco Cardiovascular. **Dislipidemia**, v. 12, p. 14, 2022.
- NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, n. 1, p. 181–264, jul. 2021.
- FALUDI, Antonio Augusto et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 2 Supl. 1, p. 1-76, 2017.
- GUIMARÃES-FILHO, Gilberto Campos; SILVA, Lucas Tavares; SILVA, Ruth Mellina Castro e. Correlação entre a circunferência de cintura e medidas centrais da pressão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 119, n. 2, p. 257-264, 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações para atividade física e comportamento sedentário**. Genebra: OMS, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relata progresso na luta contra a epidemia do tabaco**. Atualização departamental, Genebra, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/27-07-2021-who-reports-progress-in-the-fight-against-tobacco-epidemic>. Acesso em: 18 mar. 2025.
- PRÉCOMA, Dalton Bertolim et al. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, p. 787-891, 2019.
- SANTOS, Vanessa Sardinha dos. **Sedentarismo**. Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/saude/sedentarismo.htm>. Acesso em: 6 nov. 2024.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Doença cardiovascular**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>. Acesso em: 17 mar. 2025.

