



Cartilha

***Descomplicando a
Estratificação de
Risco
Cardiovascular na
Visita Domiciliar: o
Papel do Agente
Comunitário de
Saúde.***



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO
PRESENTE
FUTURO
PRA GENTE

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Atenção Básica
Telessaúde Bahia



Cartilha

Descomplicando a Estratificação de Risco Cardiovascular na Visita Domiciliar: o Papel do Agente Comunitário de Saúde



Salvador/Ba - 2026

Governador do Estado da Bahia
Jerônimo Rodrigues

Secretária da Saúde da Bahia
Roberta Silva de Carvalho Santana

Superintendente de Atenção Integral à Saúde – SAIS
Karlos da Silva Figueiredo

Diretor de Atenção Básica – DAB
Marcus Vinícius Bonfim Prates

**Coordenadora do Núcleo Técnico-Científico Telessaúde
Bahia**
Gladys Reis de Oliveira

2026. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Todos os direitos de edição reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

Ficha Técnica

Produção de Conteúdo

Núcleo Telessaúde Bahia

Elaboração

Luis Filippe Rasia Pacheco

Enfermeiro. Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Mestrando em enfermagem e saúde UFBA. Pesquisador do Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular (GPCARDIO/UFRB).

Graciete Maria Santos de Magalhães

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde (Santo Antônio de Jesus/BA). Especialista em Gerontologia e Saúde Mental. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular (GPCARDIO/UFRB).

Revisão

Elis Carla Costa Matos Silva

Enfermeira Telerreguladora - Núcleo Telessaúde Bahia - DAB/SESAB.

Adrielly Costa Freire de Carvalho

Enfermeira. Apoiadora Estratégica do Núcleo Telessaúde Bahia (DAB/SESAB). Especialista em Urgência e Emergência, Cardiologia e Hemodinâmica, e Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular (GPCARDIO/UFRB).

Projeto gráfico

Fábio Brito dos Reis

Designer

Imagens

freepik.com

firefly.adobe.com

Contato

Telessaúde Bahia - Diretoria de Atenção Básica

Endereço: 4ª Avenida, 400, Centro Administrativo da Bahia/CAB, Salvador/
BA, CEP: 41.750-300, Telefone: (71) 3115-4151, E-mail: comunica.telessaude@saude.ba.gov.br

Material disponível por meio eletrônico no site:

<https://telessaude.saude.ba.gov.br/cartilhas/>



Sumário

A Voz do Território: Desafios e pontos de Atenção	9
O Desafio da Adesão e do Cuidado	10
O Risco do Uso Incorreto de Medicamentos.....	10
O Olhar para o Contexto Social e Familiar.....	11
1. Como identificar, classificar e acompanhar o risco cardiovascular na comunidade?	13

2. O que é risco cardiovascular e como identificá-lo?	
.....	16
3. Fatores de risco cardiovascular	18
a) Fatores modificáveis:	18
b) Fatores não modificáveis:	19
4. Aplicando a Estratificação de Risco na Visita Domiciliar	20
a) passo a passo para o ACS.....	21
5. Quais argumentos utilizar para conscientizar as pessoas sobre a adesão ao tratamento farmacológico?	
.....	23
6. Porque o paciente deve realizar a consulta de forma periódica mesmo sem queixas?	25
7. Pacientes idosos sem rede de apoio, quais os critérios o ACS precisa estar atento?	27
8. O que seriam esses hábitos de vida saudáveis e como orientar?	29
9. Quais estratégias utilizar considerando o cuidado cardiovascular para a comunidade?	31
10. Referências:	34



Esta cartilha foi desenvolvida para apoiar você, Agente Comunitário de Saúde, na importante tarefa de identificar o risco cardiovascular na comunidade. Nossa jornada de aprendizado começará com uma troca de experiências, onde apresentaremos um bate-papo com depoimentos reais da equipe de ACS da Unidade de Saúde da Família (USF) São Paulo I, em Santo Antônio de Jesus (BA), sobre seus desafios diários. Após essa imersão na realidade do trabalho, vamos juntos:

- Entender o que é o risco cardiovascular.
- Aprender a identificar e classificar os fatores de risco na prática.
- Descobrir como usar essas informações para qualificar a visita domiciliar.
- Fortalecer a importância do seu papel no cuidado e na prevenção.



A Voz do Território: Desafios e pontos de Atenção

Perguntamos aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre suas maiores dificuldades e o que consideram importante observar na visita domiciliar. As respostas mostram um retrato claro da realidade:



O Desafio da Adesão e do Cuidado



“ Sandra

Falta de adesão ao cuidado mesmo com orientação.



“ Edna

Tenho dificuldades com pacientes masculinos em aceitar os cuidados



“ Manoel

Convencer o paciente para vir para a consulta.

“ Edna

Idosos que moram sós têm dificuldade de manter as medicações e o cuidado.

O Risco do uso Incorreto de Medicamentos



“ Edna

Temos que ficar atentos se estão tomando [os remédios] certo.



“ Manoel

A gente chega na casa e geralmente estão fazendo uso da medicação da forma.

A gente chega na casa e geralmente estão fazendo uso da medicação da forma.

O Olhar para o Contexto Social e Familiar



“ Sandra

Observar a situação de vulnerabilidade social e exposição a riscos.

É preciso estar atento aos aspectos sociais, ambientais e de saúde.

Observar as condições de higiene, saneamento e as relações familiares.



“ Manoel

[A dificuldade de] quando o paciente mora sozinho, não tem ninguém para ajudá-lo.

**Cartilha - Descomplicando a Estratificação de Risco Cardiovascular na
Visita Domiciliar: o Papel do Agente Comunitário de Saúde**



Elaborado pelos autores, 2026



1. Como identificar, classificar e acompanhar o risco cardiovascular na comunidade?

As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte no Brasil e no mundo, sendo os casos mais recorrentes: doenças isquêmicas do coração (DIC) e de acidentes vasculares cerebrais (AVC). As DCVs são doenças não transmissíveis



(DNT), que se desenvolvem na maioria dos casos de forma crônica e silenciosa. São doenças que afetam o funcionamento do sistema cardíaco, onde ocorre o transporte de oxigênio e dos nutrientes necessários às células para que elas funcionem corretamente (OPAS, 2020).

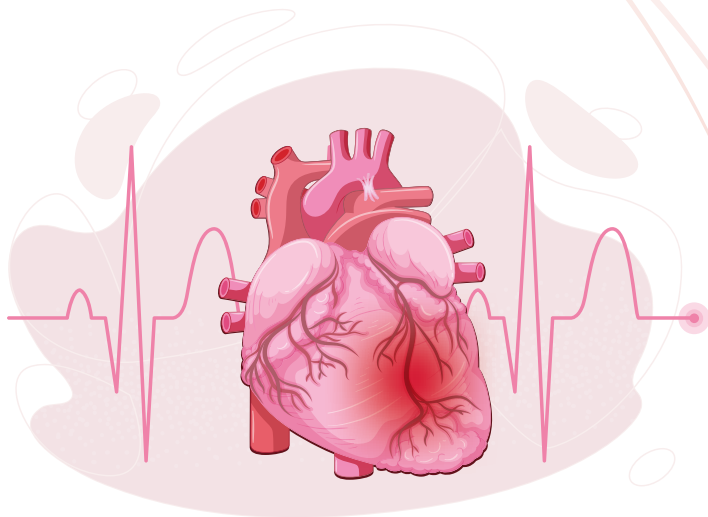


Muitas dessas doenças podem ser prevenidas com ações simples de acompanhamento e orientação. Nesse sentido, a estratificação do risco cardiovascular constitui uma importante ferramenta para identificar quem tem maior chance de sofrer um infarto ou AVC, por exemplo, permitindo priorizar cuidados, para evitar o aparecimento da doença.

Nessa perspectiva, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), desempenha um papel fundamental nesse processo. Por meio do seu conhecimento do território e vínculo com as fa-



mílias, é peça-chave nesse processo, especialmente durante a visita domiciliar. Portanto, reconhecer e fortalecer essa atuação é indispensável para o êxito das ações de promoção, prevenção e acompanhamento em saúde para um trabalho exitoso na assistência da equipe multiprofissional como um todo.



2. O que é risco cardiovascular e como identificá-lo?

O risco cardiovascular define-se por um contexto de saúde e de cuidado que permite a identificação de grupos com fatores de risco para doenças cardiovasculares, modificáveis e os não modificáveis, e, os fatores biológicos, estando eles relacionados à vida intrínseca do indivíduo, atuam como marca-



dores precoces e inter-relacionados, de etiologia múltipla e heterogênea que predispõe à vulnerabilidade do indivíduo e sua coletividade (Félix et al., 2019). É pertinente inferir que a definição pode ser ampliada, não necessariamente estando relacionada à ocorrência de uma doença, mas sim, em decorrência de aspectos de comportamento pessoal ou estilo de vida, exposição ambiental, condições e características hereditárias, que são determinados como associados à doenças cardíacas (WHO, 2017).

O risco cardiovascular varia de uma pessoa para outra, por exemplo, apesar de duas pessoas estarem com valores pressóricos ou de colesterol idênticos, ambas podem possuir riscos diferentes de desenvolverem uma doença cardiovascular, implicando para o profissional de saúde, em uma abordagem distinta tanto em termos voltados para prevenção, quanto para a forma de avaliação e tratamento (Félix et al., 2022).



3. Fatores de risco cardiovascular

a) Fatores modificáveis:

- Cardiometabólicos - peso corpóreo, circunferência abdominal, pressão arterial, triglicerídeos, colesterol, glicemia.
- Comportamentais - alimentação, atividade física, autocuidado em saúde, processo sexual e de sexua-



lidade, adesão/abandono terapêutico, abuso de substâncias.

- Psicossociais e culturais - Conhecimento e comunicação, aceitação/adaptação à condição de saúde, relação interpessoal e familiar, autoimagem e autoestima, condição socioeconômica, estresse e ansiedade, crença espiritual e religiosa.
- Laborais - Organização e condições de trabalho, sono e repouso, relações laborais.
- Afecções - Hipertensão, diabetes mellitus, depressão, esquizofrenia, transtornos bipolares.
- Terapêuticos - Uso de medicação psicotrópica, polifarmácia, provação e reposição hormonal, diálise.

b) Fatores não modificáveis:

- Biológicos - sexo, idade, etnia, raça, histórico pessoal e familiar de saúde e doença.

Félix; Barros; Nóbrega, 2024.



4. Aplicando a Estratificação de Risco na Visita Domiciliar

O ACS desempenha papel fundamental na aplicação prática da estratificação de risco cardiovascular. Durante suas visitas, pode identificar fatores de risco, registrar informações e auxiliar na classificação de risco, trabalhando em conjunto com a equipe multiprofissional de saúde. Fatores importan-



tes como hábitos de vida, podem evidenciar algumas questões que são determinantes para eficácia do tratamento de cada indivíduo, no entanto, algumas informações referidas pelos próprios pacientes, as vezes, podem discordar das informações ditas durante a consulta, de acordo com o que o ACS observa na visita domiciliar.

a) passo a passo para o ACS

1. Busca ativa das pessoas em cada microárea, identificando possíveis fatores de risco cardiovascular.
2. Registrar no prontuário alguns dados pessoais do indivíduo, tais como: idade, sexo, raça/cor, tabagismo, Pressão Arterial, glicemia, colesterol etc.).
3. Classificar o RCV junto à equipe multiprofissional em: baixo, médio ou alto risco.





4. Mapear a área de cobertura de cada ACS de acordo com o RCV de cada morador/paciente.
5. Priorizar visitas conforme o RCV:
 - Alto risco → visita mensal
 - Médio risco → visita bimestral ou trimestral
 - Baixo risco → visita semestral ou anual
6. Orientar o morador sobre hábitos de vida saudáveis e sobre a adesão ao tratamento medicamentoso.
7. Encaminhar casos suspeitos ou descompensados à unidade.
8. Registrar e comunicar à equipe os resultados das visitas.



5. Quais argumentos utilizar para conscientizar as pessoas sobre a adesão ao tratamento farmacológico?

- ☒ O uso das medicações conforme a prescrição médica, controlam a pressão e o diabetes, evitando complicações as quais podem afetar os órgãos alvo, como: coração, rins, cérebro, olhos, além do sistema vascular.



- ✓ Hipertensão e diabetes são doenças silenciosas, ou seja, podem causar danos sem apresentar sintomas como glicemia e pressão alta.
- ✓ Quando não é realizado o tratamento com as medicações da forma correta, tanto a hipertensão como o diabetes se tornam mais difíceis de controlar e dessa maneira há necessidade de aumentar as doses das medicações como também a quantidade de medicações para compensar o quadro.
- ✓ As sequelas que podem aparecer a partir da ausência da continuidade do tratamento com as medicações prescritas, podem levar o paciente a um quadro grave de saúde, devido ao agravamento da doença cardiovascular, como por exemplo um infarto ou AVC. Dessa maneira, levando a dependência de funções básicas do dia a dia, como a realização de atividades básicas, higiene pessoal, alimentação, entre outros, devido a perda e/ou limitação dos movimentos.





6. Porque o paciente deve realizar a consulta de forma periódica mesmo sem queixas?

- A avaliação do quadro clínico na consulta é fundamental para definir condutas no tratamento do paciente, conforme as necessidades que variam de acordo com cada indivíduo, fundamentada no RCV. Dentro das perspectivas, físicas, psíquicas e sociais.



- Na consulta é possível realizar educação em saúde e estimular o paciente em uma maior compreensão sobre seu quadro clínico, reforçando a necessidade de uma corresponsabilidade no processo do cuidado em saúde.
- Na consulta é possível criar vínculo entre paciente e profissional e como este processo acontece de forma longitudinal, facilita na conduta terapêutica, e muitas vezes na aceitação do tratamento pelo paciente.
- Durante a consulta são solicitados e avaliados exames, realizado exame físico, analisada as medidas antropométricas, avaliadas pressão arterial e glicemia capilar, e a partir destas condutas são tomadas de forma preventivas a adequação das medicações de acordo com a realidade de cada indivíduo, evitando complicações que muitas vezes são silenciosas.



7. Pacientes idosos sem rede de apoio, quais os critérios o ACS precisa estar atento?

- Observar se as medicações estão sendo tomadas da forma correta, visualizar as cartelas se há sobra ou falta de determinada medicação, para avaliar risco de superdosagem ou o não uso da mesma.



- Dialogar sobre o tratamento medicamentoso na intenção de avaliar se o paciente compreende o porquê da necessidade daquela medicação e se está fazendo uso como está prescrito. Durante a conversa, observar lucidez e outras possíveis disfunções como esquecimento.
- Avaliar a residência, se há obstáculos como móveis em locais inapropriados que aumentem o risco de quedas, como: tapetes, ausência de barras de segurança no banheiro, além de orientar sobre a necessidade de algumas mudanças no espaço físico e algumas adaptações, para minimizar riscos.
- Verificar sinais de alterações comportamentais, como tristeza, demonstração de isolamento, o idoso manifesta em suas falas, falta de vontade na realização das atividades de rotina diária, ou até mesmo de comparecer para as consultas.
- Analisar todas as queixas relevantes para sinalizar a equipe multiprofissional para que sejam realizadas intervenções imediatas. Diante das dificuldades da ausência de rede de apoio, é necessário que sejam acionadas as redes de saúde, como por exemplo, um psicólogo.



8. O que seriam esses hábitos de vida saudáveis e como orientar?

- Reforçar a técnica do descascar mais e abrir menos embalagens, optando mais por raízes, legumes, frutas e deixar alimentos industrializados de lado, pois, possuem um teor de sódio e açúcar bastante alto.



- Evitar gorduras, consumo de alimentos processados como linguiça, mortadelas, salsichas dentre outros, pois são alimentos com teor de sódio muito alto. Caso seja possível, encaminhar a um nutricionista para fazer uma consulta.
- Evitar consumo de álcool e abandonar o tabagismo.
- Movimentar-se, estimular o paciente a realizar atividade física dentro das suas condições, mesmo os pacientes com mobilidade diminuída, deve ser incentivado a realizar exercício de fortalecimento mesmo que de baixo impacto, o importante é não deixar o corpo parar, a não ser que haja restrição médica devido a alguma condição clínica.
- Reforçar a importância de cuidar do corpo e da saúde mental, buscando saúde plena, que é a soma do bem estar físico, psíquico e social.





9. Quais estratégias utilizar considerando o cuidado cardiovascular para a comunidade?

- Realizar grupos de educação em saúde, de preferência com a equipe multiprofissional e recrutar pacientes, os estimulando a irem as consultas na unidade;



- Realizar salas de espera com temas voltados à prevenção de agravos;
- Incentivar os moradores da região a frequentar os grupos de atividade física que a unidade geralmente disponibiliza;
- Estimular toda a comunidade a ir aos eventos voltados aos cuidados à saúde ofertados pela unidade de saúde. Atentando-se principalmente ao público masculino da comunidade por possuir uma baixa adesão.

**Cuidar do coração
é cuidar da vida!**

Valores importantes ao Agente Comunitário de Saúde considerando o risco cardiovascular:

- Avaliar e registrar os fatores de risco.
- Visitar sempre que possível as pessoas com maior risco.



- Reforçar hábitos saudáveis e adesão ao tratamento.
- Comunicar mudanças à equipe.
- Valorizar e se atentar às pequenas melhorias no dia a dia das pessoas de sua área.

**“
Com cada visita, o ACS ajuda o
coração da comunidade a bater
mais forte!
”**

Vale ressaltar que nos últimos anos, tem sido adotada a denominação TACS (Técnico em Agente Comunitário de Saúde) para identificar ACS que concluíram formação técnica de nível médio reconhecida no SUS, especialmente por meio do Programa Mais Saúde com Agente. Essa habilitação não cria uma nova categoria profissional, mas qualifica o exercício das atribuições previstas em lei e, conforme protocolos e normativas locais, pode autorizar a realização de procedimentos assistenciais específicos durante a visita domiciliar – sempre sob supervisão da equipe – como aferição de pressão arterial e de glicemia capilar, com registro adequado e comunicação à equipe.



10. Referências:

1. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. Brasil; 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>>.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Hipertensão e Diabetes. Brasília: MS, 2013.



3. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 64/2022 – Estratificação de Risco Cardiovascular na APS.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Mais Saúde com Agente – página oficial. Informações sobre a formação técnica dos ACS/ACE. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mais-saude-com-agente>.
5. FÉLIX, Nuno Damácio Carvalho; Barros, Alba Lucia Bottura Leite; Nóbrega, Maria Miriam Lima. Middle-range theory for nursing for care in the context of cardiovascular risk. Rev Bras Enferm. 2024; 77(4):e20240190. Acesso em: 30 de jun. de 2025. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0190pt>>.
6. FÉLIX, Nuno Damacio Carvalho. Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica: base conceitual para a teoria de médio alcance do cuidado no contexto de risco cardiovascular. 2019. f.399 Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.
7. FÉLIX, Nuno Damácio de Carvalho; CUNHA, Brenda Silva; NASCIMENTO, Maria Naiane Rolim; BRAGA, Douglas Vieira; OLIVEIRA, Célida Juliana; BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes; BARROS, Alba Lucia Bottura Leite; NÓBREGA, Maria Miriam Lima. Análise do conceito de risco cardiovascular: contribuições para a



prática de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, n. 4, p. e20210803, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0276pt>>. Acesso em: 30 de jun. de 2025.

8. REIS, D. R. et al. Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos na Atenção Primária. Rev. Saúde Coletiva, 2023.
9. SCHEFFER, R. M. et al. O papel do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares. Ciênc. Saúde Coletiva, 2022.
10. World Health Organization (WHO). Health Sciences Descriptors: DeCS. São Paulo, 2017. Acesso em: 30 de jun. de 2025. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=59351&filter=ths_termall&q=risco%20cardiovascular>



Telessaúde Bahia - Diretoria de Atenção Básica
Endereço: 4ª Avenida, 400, Centro Administrativo da
Bahia/CAB, Salvador/BA, CEP: 41.750-300.

<https://telessaude.saude.ba.gov.br/cartilhas/>



TELESSAÚDEBA



GOVERNO
PRESENTE
FUTURO
PRA GENTE