



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Suellen Gonçalves dos Reis

# Plano de ações para redução do risco cardiovascular na comunidade da Unidade Básica de Saúde Marabá em Londrina-PR

Florianópolis, Março de 2016



Suellen Gonçalves dos Reis

Plano de ações para redução do risco cardiovascular na  
comunidade da Unidade Básica de Saúde Marabá em Londrina-PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Ana Lúcia Danielewicz  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Suellen Gonçalves dos Reis

Plano de ações para redução do risco cardiovascular na  
comunidade da Unidade Básica de Saúde Marabá em Londrina-PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Ana Lúcia Danielewicz**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

As doenças cardiovasculares estão em primeiro lugar entre as causas de morbidades e mortalidade no Brasil, e seus principais fatores de risco são altamente preveníveis e passíveis de intervenções eficazes. O escore de Framingham é uma das principais ferramentas para a avaliação do risco cardiovascular, que contribui para decisão clínica na prevenção de agravos cardiovasculares e de suas sequelas. Este projeto tem como objetivo realizar ações de promoção e prevenção em saúde para diminuir a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares na UBS Marabá, em Londrina-PR. Os pacientes serão estratificados de acordo com o risco cardiovascular, por meio da classificação de Framingham. Após, serão tomadas as medidas de controle individual conforme o risco do paciente, com atuação mais rigorosa para os pacientes de moderado e alto risco. Palestras com especialistas sobre as doenças cardiovasculares e seus agravos contribuirão para maior esclarecimento da população e aderência ao tratamento. A equipe de saúde da família também participará de palestras de educação permanente para o reconhecimento e atuação precoce nas doenças relacionadas. Espera-se contribuir para a diminuição das complicações gerais, assim como da taxa de mortalidade decorrentes das doenças cardiovasculares entre os pacientes atendidos. Além disso, espera-se proporcionar maior conhecimento teórico e prático sobre as doenças cardiovasculares à Equipe de Saúde, visando o auxílio no reconhecimento precoce dos eventos agudos.

**Palavras-chave:** Doenças cardiovasculares, Escore de Framingham, Promoção da saúde





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	9
2	<b>OBJETIVOS</b>	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	15
4	<b>METODOLOGIA</b>	23
4.1	Delineamento do estudo	23
4.2	População alvo	23
4.3	Desenvolvimento	23
4.4	Cronograma	24
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	25
	<b>REFERÊNCIAS</b>	27



# 1 Introdução

A população total da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Marabá compreende a 13.839 pessoas, cerca de 2,57% da população da cidade de Londrina, de acordo com dados do IBGE/2013(SINAN, 2015). Deste total, 1761,ou seja, (12%) dos moradores da região tem mais de 60 anos, enquanto 6,34% (878 pessoas) tem menos que 5 anos de idade. Pelos dados apresentados, pode-se notar que os extremos de idade têm pouca representatividade na população local.(SIAB, 2015).

Essa população reside em uma região dividida em três áreas (A, B, C), que são compostas pelos bairros Jardins Monte Cristo, Maira, Mangaba, Marabá, Morumbi, Novo Oriente, Santa Fé, Santa Maria e Interlagos, Vila Juquita, Conjuntos Residenciais Laranjeiras, Antares e Ilha Bela, Conjunto Habitacional São Pedro e Bairro Cervejaria.

O bairro Marabá, onde se localiza a UBS, iniciou sua formação há 40 anos, na década de 70. No início, prevaleciam plantações de café, mas o local, rapidamente, sofreu muitas transformações, com a urbanização do território. Na década de 90 sofreu com inúmeras invasões de suas áreas vizinhas. Atualmente, mais de 800 famílias vivem nos Jardins Santa Fé e Monte Cristo, que foram regularizadas recentemente, após anos de reivindicações da população, através da representação dos bairros Valtinho-presidente do Jardim Monte Cristo e Valdir-Presidente do Jardim Santa Fé. Há ainda 130 famílias vivendo no Morro do Carrapato, aguardando processo de regularização das moradias.

Existe uma diferença socioeconômica significativa entre as três áreas de abrangência da UBS. A área A compreende o lado mais carente da população, tanto financeira, quanto educacional. Apresenta-se como uma área de ocupação, com casas pequenas, superlotadas, construídas em locais inapropriados e com materiais diversos (materiais reciclados). Os bairros apresentam ruas estreitas, com falta de pavimentação adequada e algumas lombadas construídas pela população local. Verificou-se um grande número de crianças ociosas nas ruas, sem a devida supervisão e ronda policial constante. Há um risco constante de violência e tráfico de drogas na região, sendo uma das áreas com maior número de vítimas de assassinato da cidade.

Em contraste com a área acima descrita, as áreas B e C representam uma parcela mais privilegiada socioeconomicamente. Em relação a estrutura de educação da região, existem duas escolas municipais, que atendem crianças até o quinto ano e quatro Centros educacionais infantis. A população mantém reivindicações constantes para construção de novas creches, pois faltam muitas vagas para as crianças, que aguardam anos na fila de espera para a inclusão escolar. Quanto às escolas para os adolescentes a partir do sexto ano, há necessidade de acolhimento em bairros vizinhos. Há duas escolas estaduais muito próximas que recebem os estudantes, e não faltam vagas, infelizmente, por uma alta evasão escolar.

Existe no bairro, uma organização sem fins lucrativos, situada no Jardim Monte Cristo, que recebe crianças e adolescentes para o ensino de música. Participam desse projeto, atualmente, 100 crianças, entre o coral e o ensino de instrumentos musicais. Esse projeto-Criança Feliz- recebe doações, além de contar com um bazar em que comercializa objetos doados pelos apoiadores da instituição.

Há pelo menos três academias ao ar livre na região, e diversas praças comunitárias, infelizmente pouco frequentadas devido a péssima manutenção realizada pela administração pública. Esporadicamente, a própria população se reúne em mutirões para a limpeza de praças públicas que afasta os frequentadores.

A UBS também conta com vários serviços de apoio como o Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social, muito importante na região que apresenta muitas famílias vivendo com menos de um salário mínimo. Inclusive, 510 famílias são atendidas pelo programa bolsa família, pois pertencem a grupos de pobreza e extrema pobreza. A renda da população, em média, não ultrapassa dois salários mínimos, e a maioria atingiu apenas o ensino fundamental. Todas as regiões são atendidas pelo saneamento básico, com exceção do Morro do Carrapato, ainda em processo de regulamentação.

A UBS, único serviço de saúde do território de abrangência, conta com atendimentos disponíveis da equipe de Enfermagem, Clínica geral, Pediatria, Ginecologia/Obstétrica, Odontologia, no qual a equipe de enfermagem desenvolve os programas de puericultura, C.O, pré-natal e visitas Puerperal. Atendimentos não realizados na UBS, e após acolhimento inicial são encaminhados ao PAM (Pronto atendimento médico) situado na região central da cidade, a cerca de três quilômetros. Outros programas desenvolvidos na UBS são: Alongamento e Dança Terapia com profissional de educação física nas academias ao ar livre;

Percebe-se que apesar de inúmeras tentativas por parte da população de manter a região com estrutura mínima de moradia, educação e saúde, faltam muitos recursos e incentivo por parte da esfera administrativa da cidade, principalmente na área de segurança pública, inclusão social, e diminuição da evasão escolar.

Segundo dados do (SIAB, 2015), estavam em acompanhamento na unidade 1271 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS), portanto calcula-se uma prevalência de 9,2% da população local. Não existem dados relativos à incidência de HAS neste mesmo ano, contudo estima-se um subdiagnóstico de 571 casos de HAS na região, visto que, segundo dados do IBGE de 2010, 35% da população igual ou acima de 40 anos são hipertensas (SINAN, 2015). Este número reforça que a busca ativa dessa população para acompanhamento poderia ser um caminho para a redução dos eventos cardiovasculares.

Também, os casos de diabetes mellitus correspondem a 323 usuários, isto é, 2,3% da população local (SIAB, 2015). Calcula-se, porém, uma estimativa de cerca de 110 casos

---

não diagnosticados, segundo cálculo de estimativa para população maior ou igual a 40 anos. Assim como a HAS, não há disponibilidade de dados referentes à incidência anual da DM (SAÚDE, 2016a). Da população total da cidade de Londrina 17 em 100.000 tem o diagnóstico de Tuberculose pulmonar, sendo que 5% residem na área de abrangência do Marabá (SINAN, 2015).

A equipe da UBS Marabá acompanha rigorosamente os indivíduos portadores de Tuberculose, Diabetes mellitus e HAS. Os pacientes visitam mensalmente a UBS para buscar as medicações de uso contínuo, sendo avaliados pelo auxiliar de enfermagem conforme protocolos específicos para cada doença, e se necessário, encaminhados para exames e consulta médica. Os pacientes portadores de tuberculose sem resistência mantêm acompanhamento na UBS retirando a medicação e, a cada semana, tomando a medicação sob observação. Os que possuem tuberculose resistente são encaminhados ao serviço especializado.

As principais causas de mortalidade identificadas no ano de 2013 foram: Doenças do aparelho circulatório- 25,81%; Neoplasias-18%; Transtornos mentais-13,22%; Causas externas-13%; Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais-9,68% (SIM, 2015).

Observa-se, com esses dados, que a mortalidade por causas cardiovasculares é a principal causa de mortalidade da região, não contrariando estudos epidemiológicos do restante do país, sendo uma importante área para intervenção. Essas taxas tendem a crescer, principalmente, em virtude do aumento da expectativa de vida da população e pela persistência dos hábitos inadequados de alimentação e baixa atividade física, tabagismo e outros fatores de risco envolvidos (SAÚDE, 2016b).

Uma ação efetiva que atue contra os fatores de risco evitáveis envolvidos é de extrema importância para a diminuição do impacto socioeconômico das doenças cardiovasculares e seus agravos. O custo representado por medidas preventivas eficazes será ínfimo perante os gastos decorrentes das doenças cardiovasculares.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde, que visem diminuir a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares na Unidade Básica de Saúde (UBS) Marabá, no município de Londrina-PR.

### 2.2 Objetivos específicos

- Identificar o risco cardiovascular de adultos com mais de 40 anos da comunidade da UBS Marabá.
- Realizar ações interdisciplinares de educação e promoção da saúde para redução do risco cardiovascular na comunidade da UBS Marabá.
- Capacitar a Equipe de Saúde da Família para o acolhimento e realização de ações voltadas à redução do risco cardiovascular na comunidade da UBS Marabá.





### 3 Revisão da Literatura

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de morte no Brasil, não sendo diferente na UBS Marabá-Londrina. Além disso, geram inúmeros custos econômicos e sociais devido à mortalidade e invalidez precoces, sobretudo para as famílias e pacientes portadores dessas doenças. Essas taxas tendem a crescer, principalmente, em virtude do aumento da expectativa de vida da população e pela persistência dos hábitos inadequados de alimentação e atividade física, tabagismo e outros fatores de risco envolvidos.

O tabagismo, um dos principais fatores de risco envolvidos permanece como um grande problema de saúde pública no Brasil. Entre as regiões com maior dependência do tabaco está a região Sul. As doenças do aparelho circulatório, das quais aproximadamente 11% do total de mortes no mundo podem ser atribuíveis ao tabagismo (17% entre homens e 4% entre mulheres), representaram a principal causa de morte no Brasil em 2008 (quase 315 mil mortes) (IBGE; INCA, 2008).

Aproximadamente um quinto da população (20,2%) não pratica nenhuma atividade física, seja no trabalho, lazer, deslocamento ou domicílio (MS; INCA, 2008). Está comprovado que as pessoas que se exercitam ou se encontram bem condicionadas estão sob um menor risco para doença cardiovascular. A prática de atividade física ocasiona alterações significativas em múltiplos fatores de risco. Ocorre melhora da resistência à insulina, redução da pressão arterial, do colesterol, triglicérides e fibrinólise (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

A prevalência de obesidade tem aumentado em países de renda alta e baixa, em todas as faixas etárias. Nos países desenvolvidos, a obesidade acomete principalmente a população mais pobre; já em países em desenvolvimento, a prevalência da obesidade é maior na população de maior renda. No entanto, na população brasileira, mais recentemente vem sendo observada maior ocorrência de obesidade entre os menos favorecidos (GIGANTE; MOURA; SARLINHA, 2009)(GIGANTE; MOURA; SARLINHA, 2009) . Causas possíveis para esse aumento incluem uso do automóvel, televisão, internet, redução nos programas de atividade física escolares, *fast food* e porções alimentares de maior tamanho (Cecil/2005).

Outros fatores fortemente controláveis são a diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Há consenso sobre a importância de uma estratégia de controle dessas doenças o mais precoce possível. Iniciando-se com o diagnóstico precoce e atuação permanente no controle dos níveis pressóricos e glicêmicos adequados.

A HAS é uma das mais importantes causas modificáveis de morbimortalidade cardiovascular na população adulta mundial, além de ser fator de risco independente para doenças cardiovasculares. Vários estudos epidemiológicos corroboram que a HAS, ou mesmo níveis elevados de pressão arterial (PA), aumentam o risco de doença vascular encefá-

lica, doenças arteriais coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal crônica.

A associação entre HAS e a doença cardiovascular torna essencial seu controle permanente, desde os sujeitos mais jovens, como uma ação preventiva fundamental (MOREIRA; OLIVEIRA; AMORIM, 2011). São diversas as medidas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis para a redução dos níveis pressóricos adequados. Entre as medidas não farmacológicas estão a redução de peso, prática de atividade física, dieta rica em vegetais e frutas, redução do consumo de sódio e de álcool. Entre as medidas farmacológicas estão disponíveis diversas classes de anti-hipertensivos, sendo necessária uma avaliação individual para determinar a prescrição correta. Ensaios clínicos bem documentados de redução da PA na hipertensão sistólica isolada no idoso mostraram benefícios relevantes na redução de AVC e da doença coronariana (Cecil/2005).

Pacientes com DM tipos 1 ou 2 apresentam-se sob risco aumentado de doença cardiovascular. O estudo de Framingham já chamava atenção para o fato de que o DM dobra o risco de doença cardiovascular (DCV) em homens e triplica em mulheres. O UKPDS foi o mais importante estudo que avaliou o impacto do controle glicêmico na prevenção das complicações crônicas do DM tipo 2. Uma sub-análise desse estudo sugeriu que uma redução de 1% na hemoglobina glicada reduziria em 18% o risco de infarto agudo do miocárdio, e uma redução de 15% no risco de AVC (UKPDS, 1998).

Ocorre uma sinergia entre os fatores de risco associados a doença cardiovascular. A taxa observada de morte por DAC em homens que fumam, apresentam nível de colesterol maiores ou igual a 250 mg/dl e tem pressões diastólicas maiores ou iguais a 90 mmHg é quase duas vezes maior do que seria predito pela somatória de cada um dos itens (Cecil/2005). A prevenção primária da DAC refere-se à prevenção em pessoas saudáveis. A prevenção secundária refere-se a prevenção recorrente da doença e da morte em pacientes com doença já existente.

Uma ação efetiva que atue contra os fatores de risco evitáveis envolvidos é de extrema importância na diminuição do impacto socioeconômico das doenças cardiovasculares e seus agravos. O custo representado por medidas preventivas eficazes será ínfimo perante os gastos decorrentes das doenças cardiovasculares. Uma estratégia para redução dos riscos individuais da mortalidade cardiovascular inicia-se com a estratificação dos pacientes.

Há 55 anos, a cidade de Framingham em Massachusetts, EUA, foi selecionada pelo governo americano para um estudo cardiovascular. No início, foram selecionados 5.209 residentes saudáveis entre 30-60 anos de idade para avaliação. A partir desta data, esses residentes foram acompanhados a cada 2-4 anos, inclusive a geração descendente é avaliada em relação ao desenvolvimento de eventos cardiovasculares. Desde a publicação dos resultados desse estudo, este se tornou a principal ferramenta para classificação de risco cardiovascular.

A classificação de Framingham baseia-se em dados clínicos como idade e sexo, história

---

clínica, pressão arterial, circunferência abdominal, peso e altura, e um exame clínico focalizado em manifestações de arteriosclerose. A aplicação do modelo de Framingham foi recomendada pelo manual de capacitação dos profissionais da saúde da rede básica, revisado em 2005. Apesar das críticas ao estudo, a facilidade e a falta de outros instrumentos disponíveis para a estratificação de risco adaptados ao modelo brasileiro consagrou o uso do modelo de Framingham.

A partir deste instrumento, os pacientes são classificados em risco de desenvolver um evento cardiovascular maior (ECM), definido por infarto do miocárdio ou morte por causa cardiovascular. Para a classificação é necessário pelo menos dois exames complementares: glicemia de jejum e colesterol total. A determinação do HDL-colesterol e a estimativa do LDL-colesterol torna a classificação mais precisa. Para os pacientes com HAS ou DM, é necessário a solicitação de creatinina sérica, urina tipo 1 e eletrocardiograma. Nos portadores de DM, deve ser solicitada a dosagem de hemoglobina glicada e microalbuminúria.

A presença de qualquer dos fatores abaixo indica alto risco:

- Nefropatia (proteinúria >300mg/dia ou 200mg proteína/g Cr urinária ou Cr >1,5mg/dl para homens e 1,3mg/dl para mulheres OU albuminúria >30mg/24 horas ou 30mg/g Cr urinária)
- Hipertrofia de ventrículo esquerdo ao eletrocardiograma ou ecocardiograma.

O escore de risco de Framingham revisado será detalhado nas figuras 1 e 2, respectivamente para homens e mulheres. Sob o enfoque preventivo, quanto maior o risco do paciente, maior será o benefício das medidas terapêuticas ou preventivas.

Tabela 1 – Escore de Framingham revisado para homens

Pon- tos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Taba- gismo	Diabe- tes
-2		60+		<120			
-1		50- 59					
0	30- 34	45- 49	<160	120-129	<120	não	não
1		35- 44	160-199	130-139			
2	35- 39	<35	200-239	140-149	120-129		
3			240-279	160+	130-139		sim
4			280+		140-149	sim	
5	40- 44				160+		
6	45- 49						
7							
8	50- 54						
9							
10	55- 59						
11	60- 64						
12	65- 69						
13							
14	70- 74						
15	75+						

Tabela 2 – Estimativa de risco cardiovascular para homens

Pontos	Risco cardiovascular % 10 anos
-2	1,1
-1	1,4
0	1,6
1	1,9
2	2,3
3	2,8
4	3,3
5	3,9
6	4,7
7	5,6
8	6,7
9	7,9
10	9,4
11	11,2
12	13,2
13	15,6
14	18,4
15	21,6
16	25,3
17	29,4
18+	>30

Tabela 3 – Escore de Framingham revisado para mulheres

Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-125		não	não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-129		
3			200-239		130-139	sim	
4	40-44		240-279	150-159			sim
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75+						

Tabela 4 – Estimativa de risco cardiovascular para mulheres

Pontos	Risco cardiovascular % 10 anos
-1	1
0	1,2
1	1,5
2	1,7
3	2
4	2,4
5	2,8
6	3,3
7	3,9
8	4,5
9	5,3
10	6,3
11	7,3
12	8,6
13	10
14	11,7
15	13,7
16	15,9
17	18,5
18	21,5
19	24,8
20	28,5
21 ou mais	Maior que 30





## 4 Metodologia

### 4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um projeto de intervenção que é um tipo de pesquisa social realizado a partir da prática que busca a solução de um problema coletivo, onde as pessoas que idealizam a intervenção e os participantes da situação estão envolvidas de modo cooperativo ou participativo. O projeto de intervenção busca modificar uma situação-problema, trazendo soluções práticas com objetividade (THIOLLENT, 2005).

### 4.2 População alvo

Esta intervenção será oferecida a toda a população adulta com idade igual ou acima de 40 anos, de ambos os sexos, residentes na comunidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) Marabá, em Londrina- PR.

### 4.3 Desenvolvimento

Os pacientes serão convidados a participarem do grupo de intervenção pelos agentes comunitários de saúde (ACS) em suas residências. O convite também será realizado durante os atendimentos na UBS, onde a equipe médica e de enfermagem reforçará a necessidade de participação ativa por parte do paciente.

Inicialmente será realizada a classificação individual dos pacientes inscritos no grupo de intervenção, através da classificação de risco de Framingham. Os pacientes poderão ser classificados em baixo, moderado ou alto risco, conforme a pontuação atribuída de risco cardiovascular. As pontuações variam conforme a idade, o sexo, o nível de HDL, colesterol total, pressão arterial, tabagismo e diabetes.

A seguir todos serão acompanhados conforme a classificação de risco. Os pacientes de baixo risco serão avaliados anualmente pelo médico e pelo enfermeiro responsável. Pacientes de moderado risco serão avaliados a cada seis meses pelo médico e enfermeiro. Aqueles classificados como alto risco terão visitas mais frequentes, sendo avaliados a cada quatro meses pela equipe médica e de enfermagem.

A cada avaliação serão realizados exames e nova estratificação. Todos os pacientes acompanhados terão uma ficha cadastral onde os dados e exames laboratoriais serão anotados e anexados continuamente para fácil visualização. Os pacientes que faltarem às avaliações pré agendadas serão convocados pelos ACS para realização de nova avaliação.

Tabela 5 – Cronograma

Atividades	Mar/ 2016	Abr/ 16	Mai/ 16	Jun/ 16	Jul/ 16	Ago/ 16	Set/ 16	Out/ 16	Nov/ 16	Dez/ 16
Convite à população	X									
Classificação de risco de Framingham	X	X	X	X	X					
Início do acompanhamento individual dos pacientes						X				
Palestras de orientações às doenças cardiovasculares	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamento à equipe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

A cada dois meses serão realizadas palestras de orientação, esclarecimentos sobre a doença cardiovascular e seus agravos. Estas serão realizadas sempre com a presença dos profissionais nutricionista, enfermeiro, médico e de educação física, os quais se revezarão nas atividades de educação populacional.

Pacientes de alto risco deverão ser encaminhados ao cardiologista para exames não disponíveis na UBS, como o teste de esforço e o ecocardiograma.

A equipe de saúde receberá um treinamento permanente para a atuação na prevenção da mortalidade cardiovascular. Serão convocados especialistas que realizarão palestras mensais à equipe, com possibilidade de atualização e esclarecimento de dúvidas sobre a temática de doença cardiovascular.

## 4.4 Cronograma

A tabela 5 apresenta o cronograma das atividades conforme os meses de realização.

## 5 Resultados Esperados

Com a realização deste projeto, espera-se que ocorra diminuição das complicações gerais, assim como da taxa de mortalidade decorrentes das doenças cardiovasculares entre os pacientes atendidos.

Acredita-se que haverá práticas efetivas da equipe de saúde na tentativa de reduzir os eventos cardiovasculares, atuando tanto na prevenção primária, quanto na secundária. O acompanhamento mais rigoroso dos pacientes de moderado e alto risco permitirá uma alteração dos dados epidemiológicos atuais para uma perspectiva futura mais promissora.

Além dos tópicos acima, espera-se também que a Equipe de Saúde obtenha maior conhecimento teórico e prático sobre as doenças cardiovasculares, que auxiliem no reconhecimento precoce dos eventos agudos e crônicos. Da mesma maneira os pacientes que acompanharem as reuniões mensais deverão estar mais familiarizados para o reconhecimento dos eventos que exigem intervenção imediata, reduzindo não apenas o próprio evento agudo, mas a mortalidade decorrente deste. O conhecimento da própria comorbidade e dos riscos atribuídos a ela poderão contribuir para a melhor adesão dos pacientes ao tratamento.



## Referências

- GIGANTE, D. P.; MOURA, E. C. de; SARLINHA, L. M. V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados. *Revista de saúde pública*, v. 3, n. 2, p. 83–89, 2009. Citado na página 15.
- GOLDMAN, M. L.; AUSIELLO, M. D. *Cecil: Tratado de medicina interna*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. Citado na página 15.
- IBGE; INCA. *Pesquisa nacional de amostra por domicílio: Tabagismo*. 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad\\_tabagismo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad_tabagismo.pdf)>. Acesso em: 07 Jan. 2016. Citado na página 15.
- MOREIRA, O. C.; OLIVEIRA, R. A. R. de; AMORIM, W. Associação entre risco cardiovascular em professores universitários. *Revista Brasileira de educação física do esporte*, v. 25, n. 3, p. 397–406, 2011. Citado na página 16.
- MS; INCA. *Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: Resultados de pesquisa por amostra de domicílios*. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n9/a07v16n9.pdf>>. Acesso em: 07 Jan. 2016. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. da. *Caderno de atenção básica: Hipertensão arterial sistêmica*. 2016. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad15.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf)>. Acesso em: 10 Jan. 2016. Citado na página 11.
- SAÚDE, M. da. *Cadernos de atenção básica: Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica*. 2016. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>>. Acesso em: 02 Jan. 2016. Citado na página 11.
- SIAB. *SIAB: Sistema de informação da atenção básica*. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 07 Out. 2015. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- SIM. *SIM: Sistema de informações sobre mortalidade*. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>>. Acesso em: 03 Set. 2015. Citado na página 11.
- SINAN. *SINAN: Sistema de informação de agravos de notificação*. 2015. Disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan.html>>. Acesso em: 20 Out. 2015. Citado 3 vezes nas páginas 9, 10 e 11.
- THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. In: THIOLLENT, M. (Ed.). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2005. p. 10–10. Citado na página 23.
- UKPDS, G. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes. *Lancet*, v. 352, n. 9131, p. 854–865, 1998. Citado na página 16.