

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO  
ALEGRE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

Eileen Andrade Rodríguez

**Fatores de risco coronários em pacientes maiores de 45 anos na  
Estratégia de Saúde da Família Castelo.**

**Porto Alegre**

**2017**

Eileen Andrade Rodríguez

**Fatores de risco coronários em pacientes maiores de 45 anos na  
Estratégia de Saúde da Família Castelo.**

Trabalho referente a conclusão do curso de  
Especialização em Saúde da Família  
apresentado para UNASUS /UFSCPA com  
o objetivo parcial para finalização do curso.

Orientador: Dr. Daniel Victor Coriolano Serafim

Porto Alegre

2017

## Sumario

1. INTRODUÇÃO .....	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....	6
3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção .....	13
4. Visita Domiciliar .....	17
5. Reflexão Conclusiva .....	20
6. Referências bibliográficas .....	22
7. Anexo .....	23

## 1. INTRODUÇÃO

Sou médica cubana integrada ao Programa Mais Médico para o Brasil. Fiz meus estudos de medicina em Cuba, na Universidade de Ciências Médicas de La Habana “Victoria de Girón”, concluindo, no ano 2010. Depois fiz a especialização em Medicina Geral Integral, por dois anos. Nesse tempo estava atuando no trabalho para uma comunidade, onde fiquei até vir para o Brasil e fazer os estudos em Medicina de Família e Comunidade, trabalhando em um posto de saúde mostrando os conhecimentos e atuando segundo os protocolos e métodos aprendidos.

Neste momento atuo como médica numa Estratégia de Saúde da Família situada no bairro Restinga, no extremo sul de porto Alegre, RS.

Nessa área é atendida uma população aproximada de 9865 habitantes, que está aumentando com o passar do tempo, já que tem muitas áreas de invasão.

Nossa unidade de saúde está composta por três equipes de trabalho. Na atualidade estamos trabalhando com duas médicas, três enfermeiros, cinco técnicas de enfermagem e 14 agentes de saúde comunitárias. Nesta área de abrangência não existem muitas doenças infectocontagiosas, são mais predominantes as doenças crônicas não transmissíveis como a Diabetes Mellitus, a Hipertensão arterial, a Cardiopatia Isquêmica e a Asma Bronquial.

Existem períodos de chuva e frio intenso, com temperaturas muito variáveis.

Esta população é muito demandante de atenção médica. A maioria não faz o tratamento como foi indicado e chegam ao posto de saúde para consulta muito descompensados de suas doenças, ou com complicações cardiovasculares em muitos casos. Em muitas oportunidades chegam à consulta depois de sair do hospital porque precisaram de uma internação pelas complicações.

Pela incidência dessas doenças em nossa área foi escolhido o tema do projeto para ser avaliado.

No projeto de intervenção o tema escolhido foi: “Fatores de risco coronários em pacientes maiores de 45 anos na Estratégia de Saúde da Família Castelo”. O estudo proposto tem por finalidade conhecer os principais fatores de risco que levaram o

paciente a padecer das doenças coronárias agudas, como a cardiopatia isquêmica, na Estratégia de Saúde da Família Castelo da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Apresenta-se na Estratégia de Saúde da Família Castelo, da Restinga a paciente MLSP, de 56 anos de idade, veio a consulta médica em acolhimento o dia 4 de abril de 2017, com dados na triagem de PA: 150/90 mmHg, FC: 82bpm, Peso: 72 kg, Altura: 163 cm, O2: 98 % e com queixa de dor de cabeça faz tempo.

Trata-se de uma paciente feminina, branca, de 56 anos de idade, que mora longe do posto de saúde. Têm uma família composta por 4 membros: seu marido, sua filha e sua neta. Têm um relacionamento bom, segundo fala, com sua filha, mas briga muito com seu marido que é o pai dela porque desde que sua filha ganhou a bebê, a senhora largou o trabalho para cuidar delas e assim, sua saúde. Sua neta têm 3 anos e fica todo o tempo em casa com ela, quem além disso faz todas as tarefas domésticas. Trabalhou sempre em casa de família até faz 3 anos que decide ``cuidar da família`` como ela expressa. Têm estudos até ensino meio completo. Refere que nunca fumou e não toma bebidas alcoólicas só em dias festivos e muito pouca quantidade. Nega história de doenças crônicas que ela conheça e refere que tem história familiar, já que sua mãe apresenta Hipertensão Arterial faz muitos anos e Diabetes Mellitus Tipo II e toma remédios regularmente. Não faz mais atividade física que o trabalho em casa, que refere que é muito cansativo. Na casa tem duas pessoas que recebem, uma com salário-mínimo e a outra com salário médio. Assim, fazem as contas para se alimentar e pagar as contas.

Na consulta a paciente refere dor de cabeça, na região posterior faz dois meses mais ou menos, que alivia pouco com analgesia (tipo dipirona e paracetamol) que toma por conta. Além disso, refere transtornos visuais, enxergando como moscas volantes.

Ela refere que foi na emergência faz uma semana e tinha PA: 150/100 mmhg, segundo refere porque não tinha laudo ou o boletim do atendimento com a consulta registrada. Foi tratada no momento, não sabe dizer com qual medicamento e orientada fazer seguimento no posto de saúde, mas refere que cuida de sua neta e não havia conseguido vir antes.

Não tem histórico de doença crônica anterior. Refere que não toma medicação contínua. Não é fumante e refere que trabalha em casa o dia todo e não faz outra atividade física. Nega doença hipertensiva na sua gestação.

História familiar: Mãe hipertensa e diabética com tratamento dietético e medicamentoso faz muitos anos, mais de 20 anos.

Mora em casa, que tem um quarto, uma cozinha, um banheiro e um espaço que habilitou para sua filha.

Refere que faz tempo não acudia no médico por porque não gosta muito só que agora está ruim e sente muita ansiedade por isso, refere que chega a ficar deprimida porque seu marido quer que ela cuide de sua vida e que sua filha faça a sua própria. Não toma medicação contínua, mas algumas vezes tomou o diazepam, que ganhou de uma vizinha, para lograr o sono e ficar mais calma.

Tem uma vida agitada dentro de casa, mas nunca faz uma caminhada ou sai de compras ou para fazer alguma atividade física. Não tem horário no dia para sua recreação e não cuida muito de sua aparência pessoal. Nunca tomou anticoncepcional, tem colocado um anticoncepcional intrauterino, refere que não lembra qual.

A última CP (citologia do colo do útero) foi faz 3 anos e estava negativo o resultado, nunca mais fez outra.

A alimentação dela é muito desorganizada, não faz as 3 refeições do dia e come as coisas que gosta e as que são mais fáceis de preparar, no momento que tem fome. Refere que gosta de fazer as comidas com muita gordura e sal e toma café várias vezes no dia, mais quando fica nervosa.

Ao exame físico:

Medidas antropométricas: Peso: 72 kg, Altura: 163 cm, IMC: 27,1

Inspeção da facie: facie de cansaço, alargada, sem nada identificativo.

Pressão arterial: 150/100 mmHg, depois de estar na consulta vários minutos para comparar com a PA da triagem.

FC: 80bpm

Pescoço: Inspeção: alargado, sem aumento e volume visível.

Palpação: Tiroides não palpável. Não linfonodos.

Ausculta: não sopros na região tireóidea e as carótidas com ritmo regular

Exame precordial: região precordial sem alterações, não aumento de volume e não tem alterações na pele

Aparelho respiratório: Murmulho vesicular normal, sem alterações. FR: 16 rpm

Aparelho cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos de bom tono, fortes.

Abdome: não apresenta lesões na pele e não tem aumento de volume na região anterior ou lombar.

Suave, sem aumento de volume, não palpo na região lombar massa e a manobra de peloteio renal é negativa.

Ausculta negativa, não sopros renais

Extremidades: inspeciono as pernas e não tem varizes importantes no trajeto, só micro varizes distais bem finas.

Pulsos presentes e sincrônicos dos membros.

Avaliação: Informo para a paciente que sua pressão arterial está elevada e que suspeito de Hipertensão Arterial, seu peso corporal está também aumentado para sua estatura e pode também alterar sua pressão, coisa que pode requer tratamento medicamentoso e outras terapias.

Plano: Informo a paciente que precisamos melhorar o tipo de alimentação e começar a fazer caminhadas frequentes para evitar o sedentarismo e a senhora aceitou.

Indico exames gerais para avaliar possível causa de sua hipertensão como: Hemograma Completo, VSG, Glicose de jejum, Colesterol total, HDL, LDL Triglicerídeos, Creatinina, Ureia e ácido úrico, Na, K, EQU, EKG.

Monitoramento da PA: indico seguimento da pressão arterial como mínimo 3 medições com uma semana de intervalo para fazer o diagnóstico definitivo. (Segundo o Caderno de Atenção Básica no 37. Hipertensão Arterial, pág. 36-36).

Marcar para fazer o CP.

Foi orientado como tratamento:



Mudanças no estilo de vida (MEV):

- Estabelecer uma alimentação adequada, com uma dieta baixa em sal, em cafeína, em gorduras e massas.
- Realizar atividade física regular: avaliar atividade física leve como caminhadas diárias durante 30 min, 3 vezes por semana.

Indico voltar em duas semanas para avaliar com o resultado dos exames e do seguimento da pressão arterial e foi marcada a consulta.

Explicamos para ela a importância de manter o vínculo e harmonia na família, para evitar o estresse e sintomas depressivos que possam alterar sua pressão.

Falamos sobre os caminhos a seguir para vencer os obstáculos que impedem que leve uma vida normal e com saúde, sem deixar de apoiar a sua família.

Evolução da paciente:

A paciente volta na próxima consulta que havia sido agendada, com o resultado dos exames que haviam sido indicados. Ao interrogatório refere diminuição da dor de cabeça e refere que realizou exercício físico tipo caminhadas nessas semanas, só que não conseguia fazer como foi indicado e fez só 2 vezes na semana.

Está diminuindo a sal na cozinha e as gorduras, mas ainda não melhorou totalmente eu jeito de se alimentar.

O resultado dos exames mostrou aumento do colesterol total em 290 mg|dl, glicose de jejum em 100 mg|dl, que estava no limite. Resto dos exames normais.

O resultado do seguimento da PA oscilou entre cifras ainda elevadas: 140|90 mmHg e 150|90 mmHg.

O cálculo de risco de doença cardiovascular em dez anos segundo Framingham o estimado é de 1 % / 10 anos. (Caderno de Atenção Básica no 37. Hipertensão Arterial, 124 e 125).

Ao exame físico: Pele normal

Pulsos periféricos presentes e sincrônicos

Exame pulmonar e cardiovascular normal.

PA: 140|90 mmHg

FC: 73bpm

Peso: 71.5 kg

IMC: 26

Avaliação: Hipertensão Arterial Sistêmica (em estágio I)

Sobrepeso

Hipercolesterolêmica

Plano: Oriento manter acompanhamento pelo posto e retorno em 2-3 meses para seguimento e avaliação.

Retornar com exames laboratoriais para avaliar o resultado.

Modificar o estilo de vida, com orientações mais específicas como:

- Procurar o uso mínimo de sal no preparo dos alimentos.
- Evitar o saleiro na mesa.
- Evitar comprar alimentos que contenham muito sódio.
- Utilizar temperos naturais.
- Evitar o consumo de alimentos industrializados como embutidos, enlatados, molhos e carnes salgadas, já que são ricos em sal e gorduras.
- Uso do óleo vegetal.
- Consumir pelo menos 3 porções de frutas e vegetais no dia.

Com estas medidas pudera ocorrer melhora na saúde, mas como ainda fica descontrolada, tem que se acompanhar de tratamento medicamentoso.

Depois de avaliar o grau de motivação para a mudança do estilo de vida da paciente, os níveis de pressão arterial (sendo classificada em estágio I) e o baixo risco cardiovascular, decide se colocar como medicação:

- Hidroclorotiazida (25 mg) 1 comprimido de manhã
- Captopril (25 mg) 1 comprimido de 12\12horas

Para a diminuição do colesterol, além da dieta:

- Sinvastatina (20 mg) 1 comprimido de noite

(Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde no.37)

Retornar em 3 meses para avaliar a paciente em geral.

Depois de 45 dias da consulta foi feita uma visita domiciliar a paciente para verificar a realização do tratamento e observar a dinâmica familiar. Observamos que a senhora estava em casa cuidando da sua neta, mas estava pronta para sua caminhada do dia porque tinha 1 hora que a vizinha cuidava da criança. Estava tomando o remédio certinho e mostro que havia dividido os remédios por horário para não esquecer. O marido comprou para ela um aparelho para medir a pressão e a filha ajudava para medir assim três vezes por semana para o controle. Estava cozinhando com alimentos mais naturais e a filha estava fazendo as comidas no final de semana para ela descansar um pouco. Referiu que não estava ficando mais ansiosa.

Na visita foi controlada a pressão e estava em 130|80 mmHg.

Agradeceu a visita e ratificou o dia da consulta agendada no posto, que iria sem falta.

Evolução da paciente:

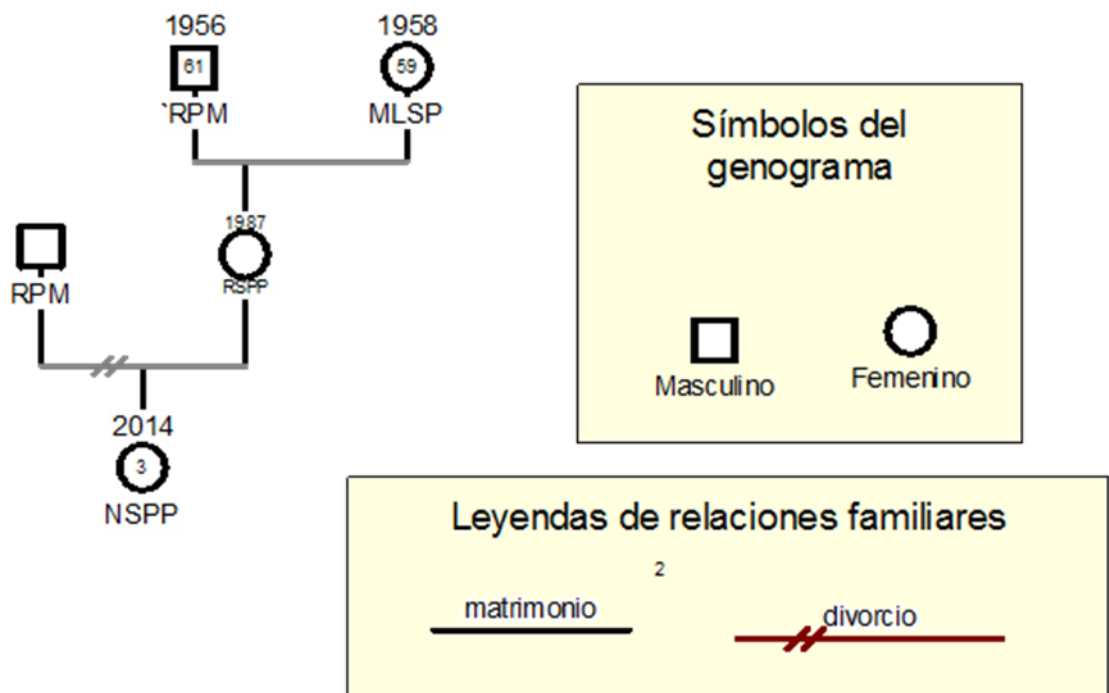
Na terceira consulta agendada para a paciente vai com estado geral bom, mais animada.

Refere que na família está todo mais tranquilo e harmônico.

Continua fazendo caminhadas e a alimentação melhorou muito e até a família está se sentindo melhor.

Ao exame: todo negativo e as cifras de tensão arterial estavam dentro dos limites normais. (PA: 120-70 mmHg)

Se oferecem as orientações iguais da alimentação e continuar seguimento. Genograma:



Fonte: Elaborado pela autora

### 3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. (CAB de saúde mental #34, Brasília-DF 2013)

Na estratégia de Saúde da família onde atuo há pouco mais de um ano, a maioria dos pacientes que apresentavam doenças psiquiátricas, acudiam semanalmente ao grupo de Saúde Mental, criado pela equipe de trabalho da unidade. Assim, havia instaurado um sistema para renovar as receitas, a onde eles davam no grupo e eram entregadas na semana próxima. Segundo a equipe, isto foi instaurado para que os pacientes não ficassem sem os remédios porque não sempre tinham vagas de consulta suficientes para todos.

Comecei a fazer uma documentação para avaliar aos pacientes e fazer um registro das doenças mais frequentes, medicação que tomavam, a quanto tempo estavam com o mesmo tratamento, se estavam controlados ou não, se precisavam avaliação especializada e se apresentavam alguma outra doença.

Depois da análise dos pacientes com este tipo de doenças, conseguimos concluir que, as pessoas com sofrimento mental precisam ser escutadas com seus próprios desejos, valores e escolhas para desenvolver intervenções e construir novas ferramentas e estratégias para o cuidado de sua saúde. (CAB #34 Saúde Mental. 2013)

Achei muito bom que a equipe levara um grupo a onde as pessoas possam interagir e ser escutadas para obter novas experiências que ajude a avaliar sua vida e viver de uma forma mais saudável e assim, ter novas pautas a seguir se precisarem. Mas achei, que no grupo não vão todos os pacientes que precisam e/ou não todos falam sobre suas necessidades e seus sofrimentos, por vergonha com os outros ou porque não sabem como expressar seus sentimentos.

Na unidade, todos os profissionais da equipe trabalham complementando as ações terapêuticas que podem ser realizadas na Atenção Básica, assim, intentamos (CHIAVERINI, 2011):

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir;

- Exercer boa comunicação;
- Exercitar a habilidade da empatia;
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer;
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas;
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga;
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

(CAB de saúde mental #34, Brasília-DF 2013)

No grupo de Saúde Mental, os profissionais da equipe que fazemos parte, oferecemos palestras sobre a promoção e a prevenção destas doenças para ter uma vida mais saudável.

Na equipe trabalhamos com grupos de risco como: aqueles que têm acesso fácil a drogas ao álcool, que estão submetidos a desemprego, violência, discriminação e estresse laboral. (Promoção de saúde e prevenção de doenças mentais. Outubro. 2016)

Os agentes de saúde que são os profissionais que mais ficam na área, trabalham mais forte neste sentido, nas regiões de difícil acesso e nas invasões onde moram os pacientes mais vulneráveis.

Busca-se resgatar a singularidade de cada usuário, investindo no seu comprometimento com o tratamento, apostando em seu protagonismo, tentando romper com a lógica de que a doença é sua identidade e de que a medicação é a 'única' responsável pelas melhoras; investir nas suas potencialidades; auxiliar na formação de laços sociais e apostar na força do território como alternativa para a reabilitação social. (23 jun. 2009 - A Política Nacional de Saúde Mental do ministério de saúde)

Isto está representando na literatura e nosso grupo e todos os profissionais da unidade intenta proporcionar essa força para eles.

Comecei a consultar aos pacientes para avaliação e conhecer assim a cada um deles. Começamos a fazer matriciamento com o psiquiatra da área, onde discutimos

o problema de cada paciente que precise nova avaliação, que não teve controle ou adesão ao tratamento.

O acolhimento realizado na unidade de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e às famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a unidade de saúde está disponível para acolher, acompanhar e, se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços. (CAB de saúde mental #34, Brasília-DF 2013)

Como está na literatura, na articulação entre a saúde mental e a atenção básica o apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa ações conjuntas, de planejamento das equipes de Estratégia de Saúde da Família, realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões conjuntas, intervenções junto às famílias e comunidades. (23 jun. 2009 - A Política Nacional de Saúde Mental do ministério de saúde)

Depois de realizado o matriciamento, continuamos com acompanhamento médico na unidade, com a experiência obtida do compartilhamento com o especialista e assim, a quantidade de pacientes encaminhados para eles é menor, seguindo as orientações do caderno de atenção básica de saúde mental, que indica que "o paciente pode ser avaliado pelo médico generalista compartilhado com o especialista" (CAB #34. 2013)

A realização programada e continuada das consultas nestes pacientes contribui-o a poder ter controle para conhecer se apresentam outras doenças crônicas ou infecciosas, que precisem tratamento e acompanhamento continuado. Com esta forma de avaliação nos pacientes, conseguimos obter mais informação e conhecemos agora que temos vários pacientes com doenças mentais, que apresentam outras alterações na saúde que também tem que ser avaliadas junto e ter em conta na hora de prescrever ou avaliar ao paciente como um todo integro.

De esta forma, oferecendo consultas aos pacientes de saúde mental e programando seu acompanhamento a cada certo tempo segundo sua doença e adesão ao tratamento, consegui fazer o diagnóstico de outras doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial e pacientes com transtornos cardiovasculares que estavam sem tratamento e sem acompanhamento médico.

É importante o acompanhamento destes pacientes porque assim, avaliamos possíveis interações com as medicações ou a associação do descontrole da doença crônica com o sofrimento mental, seja por depressão ou ansiedade que influi ou por não tomar as medicações prescritas num momento dado.



#### 4. Visita Domiciliar

As visitas domiciliares são muito importantes e formam parte do programa de saúde da família e da comunidade, é uma atividade inerente ao processo de trabalho das equipes da atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção. Assim, se deve priorizar o caráter preventivo focado na família. (Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília 2012)

Na unidade de saúde que atuo faz já um ano e pouco, temos realizado visitas domiciliares uma vez por semana, segundo o pedido dos agentes de saúde e dos próprios familiares dos pacientes.

Quando comecei trabalhar lá, as visitas eram pedidas no balcão ou pelo telefone e assim, os pacientes explicavam de seu jeito o porquê do pedido. Nas primeiras visitas, haviam muitos pacientes que podiam-se deslocar até o posto e aí fazer a consulta, outros que era só para renovar as receitas e estavam controlados de suas doenças. Foi acontecendo assim, várias situações que não precisavam realmente de uma visita domiciliar. Foi observado que às vezes eram realizadas visitas que não eram tão importantes e ficavam pacientes sem ser avaliados quando precisavam com maior urgência de atendimento.

Em várias reuniões da equipe falamos de como fazer as visitas para que os pacientes que realmente precisaram não ficassem sem. Falamos sobre as necessidades das visitas, sua importância e as pautas a seguir para agendar estas, da importância das visitas a todas as famílias e de priorizar estas segundo a necessidade do paciente e disponibilidade de profissional na unidade.

Nossa unidade está formada por três equipes de trabalho, mas temos só duas médicas neste momento, com dois enfermeiros, porque saiu um deles faz pouco, falta um técnico de enfermagem e por essa razão não temos resolvido a um nível ótimo o atendimento integral na nossa estratégia de saúde da família. Temos dificuldades para realizar as visitas na área porque o volume dos pacientes no acolhimento é muito grande e as agendas estão sempre lotadas e ficamos sem vagas disponíveis para pacientes que freqüentemente precisam avaliação depois de uma consulta e tem que vir no acolhimento.

Analisamos junto à equipe o importante que resulta visitar aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e mais aqueles que apresentam complicações ou não tem boa resposta ao tratamento por diferentes causas. Assim, os agentes de saúde, que conhecem melhor a comunidade procuram visitar a estes e identificar quais tem a necessidade de visita, seja de técnico de enfermagem, de enfermeiro, de médico ou de alguns deles em conjunto. Planejamos cómo podem ser abordados estes casos com suas prioridades, por exemplo: pacientes com seqüela de acidente vascular encefálico (AVC), pacientes acamados, idosos sem possibilidades de acesso ao posto ou cadeirantes, entre outros.

Nestas visitas realizamos anamnese completa ao paciente e aos familiares. Logo depois, é examinado completamente e se realiza aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em todo aquele que apresente doença, fator de risco ou sinal destes ao interrogatório e ao exame físico. Avaliamos se o paciente vai precisar realizar exames laboratoriais. Revisamos suas medicações, avaliando se tem que fazer alguma troca, como aumento ou diminuição da dosagem ou câmbio de medicação e assim, ter acompanhamento para isso. Oferecemos informações e esclarecemos dúvidas das suas doenças e os cuidados para os pacientes e seus cuidadores.

Porque a equipe na visita tem que:

- Fornecer e esclarecer orientações á família.
- Monitorizar o estado de saúde do paciente (usuário).
- Fazer abordagem familiar, segundo o contexto.

(Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília. 2012)

O déficit de profissionais na unidade com a quantidade de demanda dos pacientes para consulta, acolhimento e visitas domiciliares não esta dando conta.

Está também a dificuldade da área, porque o posto de saúde está inserido em um bairro a onde o tráfico de drogas é bem grande e a localização deste é no centro de duas vilas que sempre estão em enfrentamento. Por esta razão é mais difícil para sair às vezes para a área porque temos que proteger também nossa integridade.

Atualmente temos um novo sistema para poder avaliar e fazer as visitas aos pacientes que precisam com maior urgência, os que têm incapacidade para ir até o posto e

aqueles que precisam também de orientações na sua casa para sua família e / ou para seus cuidadores.

Dessa forma são analisados todos os pedidos e cada agente de saúde vai na sua casa, verifica e analisa cada um deles para priorizar esta ação.

Realizando desta forma as avaliações nos domicílios, estamos visitando aos pacientes com bastante frequência e aos mais necessitados verdadeiramente.

## 5. Reflexão Conclusiva

Durante o período que foram desenvolvidas as atividades do curso de especialização, consegui através do estudo, aprender como é o processo de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na atenção básica de saúde no Brasil.

Pelo processo de realização das atividades do curso, consegui fazer todas elas em equipe e de forma compartilhada com muitas pessoas (profissionais e usuários).

Nas primeiras semanas de trabalho, recebi ajuda de todos meus colegas da unidade, eles foram mostrando passo a passo, desde o acolhimento, a escuta inicial de cada paciente, como iria acontecendo o dia de trabalho e assim, ajudou muito na minha familiarização com o sistema de atendimento, sendo melhor e mais rápido com o trabalho conjunto da equipe.

Iniciei meu trabalho com grandes desafios, tratando de ajudar aos pacientes a melhorar sua qualidade de vida e enriquecer a promoção e prevenção de saúde em cada um deles, porque identifiquei nesse período muitas áreas sensíveis, que além de necessidades materiais, precisavam também de alguém que chegara a eles com palavras próprias e de melhor entendimento para poder reconhecer suas doenças e conseguir trabalhar para melhorar sua saúde.

Foi muito gratificante que o posto contara com pessoas bem profissionais, que levaram um grupo de hiperdia (para pacientes hipertensos e diabéticos), onde explicavam para eles todas as coisas sobre suas doenças e promoviam saúde em geral, ficando pendentes de seu controle e tratamento.

Comecei fazendo as consultas que agendavam no grupo, para aqueles usuários que faz tempo não tinham acompanhamento, pelo déficit de profissional na unidade.

Tive muito sucesso e muitas pessoas ficavam mais animadas a participar do grupo como acompanhamento, sendo este mais constante dessa forma.

Os demais programas foram também representados por pessoal médico em alguns encontros e reformamos juntos alguns aspectos.

Formamos o grupo de tabagismo na nossa área, que foi muito bem-vindo e acolhido pelos fumantes. Muitos conseguiram parar de fumar e outros diminuir bastante a quantidade de cigarros que fumavam.

O pré natal e a puericultura estava bem estabelecido pelos colegas e funcionava tudo bem certo.

O atendimento na saúde mental tinha alguns problemas com o agendamento das consultas porque o pessoal não estava completo e aquele que podia fazer não tinha preparação nenhuma para estes casos. Assim, era realizado o grupo mas sem consultas de avaliação ou novas para casos não conhecidos. Começamos fazer as consultas e contamos com o apoio dos especialistas no matriciamento, ajudando a tratar aos pacientes e agendando outros para avaliação, que eram mais complicados. Desta forma o acompanhamento melhorou muito e o atendimento também.

Foi reafirmado até o momento que o maior grupo de pacientes de nossa área de trabalho, corresponde aos que apresentam doenças crônicas não transmissíveis, sendo estas fatores de risco de doenças cardiovasculares (em particular doenças coronárias), causa pela qual, além de sua importância foi escolhido o tema do projeto de intervenção.

Esta experiência de trabalho está fortalecendo meus conhecimentos na atenção básica de saúde. Aprendi assim, como é a realidade de vida destas famílias e como temos que fazer esforços para ajudá-les a cuidar sua saúde, com paciência, dedicação e controle.

Consegui mais, atuando e colocando na prática cada atividade do curso da especialização (UNASUS) e assim ampliei conhecimentos e reforcei outros que já tinha incorporado.

Cheguei mais perto da comunidade e conheci ela com suas realidades, vulnerabilidades e aspectos positivos, por esta razão o trabalho está bem fluído e com resposta positiva da comunidade, que inclui pacientes e seus familiares que também são usuários, porque estão cada dia mais controladas e responsáveis pela sua saúde.

## 6. Referências bibliográficas

Ministerio da Saúde, Caderno de Atenção Básica No. 37, Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasília, 2013, 36, 124-125

Ministerio da Saúde, Caderno de Atenção Básica No.34, Saúde Mental, Brasília, 2013

Chiaverini, Saúde Mental, 2011

Promoção de saúde e prevenção de doenças mentais, outubro, 2016.

Ministerio da Saúde, Caderno de Atenção Básica No.34, Saúde Mental, A política Nacional de Saúde Mental do Ministerio da Saúde, jun. 2009, Brasília, 2013, 153.

Ministerio da Saúde, Caderno de Atenção Domiciliar, Melhor em casa. A segurança do Hospital no conforto de seu lar, vol 1, Brasília 2012.

7. Anexo 1 Projeto de Intervenção

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS**

Eileen Andrade Rodríguez

**Fatores de risco coronários em pacientes maiores de 45 anos na Estratégia de Saúde da Família Castelo.**

PORTO ALEGRE

2017

## RESUMO

A unidade de saúde Castelo, da Restinga tem muitos pacientes com os fatores de risco que podem ser identificados como precursores da cardiopatia isquêmica. Será realizado um estudo com o objetivo de identificar os fatores relacionados com a doença coronária em pacientes de 45 anos ou mais, que pertencem à unidade de saúde Castelo.

O estudo será realizado segundo a metodologia. Será estudado segundo os grupos etários e os gêneros. Vai ser elaborado no período de julho a dezembro do ano 2017 e esperamos que os resultados do projeto sejam satisfatórios e que toda a unidade trabalhe em equipe pelo mesmo objetivo.

Palavras – chave:

Cardiopatia Isquêmica

Fatores de risco

Doenças



## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	23
2. OBJETIVOS.....	26
2.1. Geral.....	26
2.2. Específicos.....	26
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	27
4. METODOLOGIA.....	30
5. CRONOGRAMA.....	32
6. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	33
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	34
8. REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS.....	37

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a formação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

A unidade de saúde Castelo, que é uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) está localizada no bairro da Restinga, ao extremo sul do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Estão compostas três equipes de saúde, integrados por duas médicas da estratégia de saúde, três enfermeiros, cinco técnicas de enfermagem e 14 agentes comunitários de saúde. Esta unidade oferece atendimento de segunda a sexta feira das 8 às 17 horas.

Tem uma população de aproximadamente 9865 habitantes, entre os quais 5036 são mulheres e 4829 são homens. De estes 249 são diabéticos, com 808 hipertensos, do total de pacientes estão identificados como obesos 534, como consumidores do tabaco tem 350 e com as lipoproteínas elevadas 236 pacientes. Estas doenças são mais comuns entre as idades de 45 a 65 anos e predominantemente em homens.

A unidade Castelo faz atendimento de Atenção Primária a Saúde (APS) e pelo atendimento pode-se identificar que tem muitos pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentro das quais estão:

- Hipertensão Arterial.
- Diabetes Mellitus
- Hipercolesterolêmica
- Obesidade
- Hábitos tóxicos (Tabaco)
- Sedentarismo

Estas doenças podem desenvolver muitos problemas cardiovasculares.

Com sua identificação é possível ajudar os pacientes a melhorarem sua qualidade de vida, trabalhando sobre os fatores de risco e não terminar em doenças cardíacas mais prejudiciais.

Observando todos os tipos de riscos identificamos nos grupos de apoio de pacientes hipertensos e diabéticos assim como de fumantes, que tem pacientes que já tem instaurada a doença coronária aguda, mas têm outros que ainda pode ser ajudado e guiado.

Todas estas doenças constituem fatores de risco coronário e por tanto predispoem a cardiopatia isquêmica. Este foi o tema selecionado para o estudo, os fatores de risco da cardiopatia isquêmica, pela importância e a

gravidade que pode ter para a vida, assim como a quantidade de pessoas que podem estar prejudicadas.

A equipe de saúde deste posto tem atividades programadas que fazem parte do atendimento dos pacientes para um melhor controle destes. Assim, tem formado grupos para hipertensos e diabéticos, onde ajudam aos compreender a necessidade do tratamento e as possíveis complicações que podem ter. Tem também um grupo de tabagista para ajudar os pacientes a deixar de fumar e fiquem mais saudáveis.

Problema:

Quais são os fatores de risco coronários presentes nos pacientes maiores ou iguais a 45 anos pertencentes à ESF Castelo, na Restinga?

Justificativa:

Na área que atende à unidade de saúde da unidade Castelo possui 9865 habitantes. Com a busca estratégica dos fatores de risco cardiovasculares pode-se facilitar o reconhecimento dos que desenvolvem eventos cardiovasculares e que afetam a população para poder atingir um atendimento de maior qualidade.

Precisa-se conhecer os fatores de risco que estão afetando a comunidade pertencente ao posto de saúde com o objetivo de planejar as ações estratégicas de saúde, e entre elas, o controle da cardiopatia isquêmica. É tarefa para prioritária.

A concepção de saúde formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo pode modificar hábitos de vida e envolve mudanças na forma de viver e na própria ideia de saúde que o indivíduo conhece.

São atribuídos como riscos ou causas para padecer a cardiopatia isquêmica: fatores constitucionais não modificáveis, como a idade, sexo, raça e fatores ambientais e modificáveis, como alimentação saudável, inatividade física, hábitos nocivos, assim como doenças que estão relacionadas com os anteriores.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Geral

Identificar os fatores de risco para doenças coronárias em pacientes de 45 anos ou mais, que pertencem à unidade de saúde Castelo.

### 2.2. Específicos

1. Conhecer os pacientes com fatores de risco coronário, na unidade de saúde Castelo.

2. Caracterizar os pacientes de 45 anos ou mais segundo as variáveis epidemiológicas das pessoas: idade e sexo.

3. Identificar os fatores de risco coronário nos pacientes estudados segundo idade e sexo.

4. Determinar os pacientes com diagnóstico de cardiopatia isquêmica no grupo estudado e sua relação com os fatores de risco.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

As doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de mortalidade e morbidade em nível mundial, por essa causa é considerada uma verdadeira destruição para a humanidade; dentro destas tem uma especial relevância a cardiopatia isquêmica, sendo a que exhibe maior mortalidade universal entre os 45 e os 65 anos de idade. E afeta em maior grau o sexo masculino (Grundy SM, Becker D, 2011).

Nos países desenvolvidos a cardiopatia isquêmica causa 46 % das mortes nos homens e 53% nas mulheres, ao nascimento a probabilidade de morrer pela doença cardiovascular seja de um 47% (Gillum RF, 2012).

No mundo, numerosos investigadores levam a cabo estudos epidemiológicos para relacionar os fatores de risco que com maior frequência são associados à doença coronária, exemplo de eles é o Estudo Latino-americano INTERHEAR, onde foram incluídos 1.237 casos com o primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio (IMA) e 1.888 controles recrutados dentro dos que se encontrava Brasil. Foram registrados antecedentes da hipertensão arterial, diabetes mellitus, hábito de fumar, dieta, atividade física, consumo de álcool, fatores psicossociais e medidas antropométricas. Os fatores de risco de maior prevalência foram a obesidade abdominal, hábito de fumar e o problema com a gordurosa (Lanas F, Avezum A, 2007).

Com base em evidências epidemiológicas, clínicas e experimentais tem descrito que estes fatores estão associados a um aumento da incidência da cardiopatia isquêmica. Alguns fatores de risco coronário não modificáveis, como idade, sexo e a história familiar de cardiopatia isquêmica, mas têm outros que sim (por exemplo: tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, etc.), por isso fazendo uma intervenção nos mesmos podemos variar em maior ou menor grau a doença cardiovascular aterosclerótica (coronária e não coronária) (Sambola A, Fuster V, Badimon JJ, 2013).

O fator de risco cardiovascular é uma condição (característica pessoal ou ambiental) que aumenta o risco do indivíduo para desenvolver um evento

cardiovascular como angina, infarto agudo do miocárdio ou a morte (Souza JMA, 2014).

Um fator de risco é qualquer evento, característica ou exposição de um indivíduo que aumente sua probabilidade de sofrer uma doença ou lesão, segundo a Organização Mundial da Saúde.

É sabido que as doenças cardiovasculares vêm ocupando o primeiro lugar nas condições de adoecimento e de morte e isso tem sensibilizado as entidades que planejam as Diretrizes Operacionais da Agenda de Saúde a desenvolverem planos de cuidados. As doenças cardiovasculares respondem por 20% de todas as mortes no mundo, o que significa mais ou menos 14 milhões por ano. No Brasil, elas estão em terceiro lugar como causa de morte, tendendo a ocupar o primeiro lugar (Souza JMA, Carvalho AC, 2014).

O setor público brasileiro é o principal financiador das internações hospitalares. Estima-se que, com variações regionais, 70 a 80% dessas internações sejam financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O IAM, patologia mais importante nesse grupo, é responsável por 26,5% do total de internações por doença isquêmica do coração (Melo ECP, Travassos C, Carvalho MS, 2004-2010).

O controle dos fatores de risco cardiovascular é fundamental para diminuir a prevalência do infarto agudo do miocárdio, como já foi relatado. Os fatores de risco se dividem, atualmente, em não controláveis, como o envelhecimento e a hereditariedade; e os controláveis, como tabagismo, hipercolesterolêmica, hipertensão arterial, inatividade física, obesidade e diabetes mellitus (Latado AL, Bordon JG, Paiva SAR, Matsubara LS, 2010, 2014).

A região sul do Brasil destaca-se pela elevada expectativa de vida. (Pesaro AEP, Campos PCGD, Katz M, Corrêa TD, Knobel E, 2008; Menicucci TMG, 2009) Em contrapartida, isso acarreta um expressivo aparecimento de doenças crônicas, por vezes sustentadas por hábitos como dieta rica em gordura e estilo de vida com baixa ou nenhuma atividade física. Devido a isso, essa população apresenta significativa predisposição ao desenvolvimento de Doença Cardiovascular (DCV) como a Doença Arterial Coronária (DAC). Em 2014, foi realizado um estudo em que 19 cidades das Coordenadorias Regionais de Saúde foram rastreadas com o intuito de se conhecer

a prevalência dos fatores de risco do estado do Rio Grande do Sul (RS) (Coelho LM, Resende ES, 2010). Os dados demonstraram que o sedentarismo, a predisposição à DAC por antecedentes familiares e a obesidade se manifestaram em mais de 50% da população gaúcha (Coutinho M, 2005-2010).

As DCV representam uma grande ameaça à saúde, e o combate aos fatores de risco é o caminho mais lógico para a prevenção. É bastante evidente que os fatores de risco aqui estudados são responsáveis pelo estabelecimento da DAC. Esse estudo mostrou que a prevalência destes está aumentada no estado do Rio grande do Sul. Embora tenha ocorrido diminuição na população de sedentários e de tabagistas, a hipertensão arterial, as dislipidemias e a obesidade são ainda bastante preocupantes, difere-se entre homens e mulheres, e sem depender da classe econômica (Coutinho M, 2005-2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça a importância do reconhecimento do caráter pandêmico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a necessidade da tomada de ações imediatas para combatê-las, uma vez que essas doenças são as principais causas de mortes no mundo. Além disso, tem gerado a perda da qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho, impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, com aumento das iniquidades (Organização Pan-americana de Saúde, 2008).



#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que investiga os fatores de risco coronários presentes na população de 45 anos de idade ou mais da unidade da Estratégia de Saúde Castelo, no Município de Porto Alegre.

O primeiro momento estará composto pela apresentação das ideias do projeto de intervenção para a equipe de saúde, para que eles conheçam os objetivos e como vai ser efetuado o trabalho. Será apresentado em uma reunião da equipe da unidade de saúde e com a aprovação da equipe, serão desenvolvidas as demais atividades para dar conclusão ao projeto.

O segundo momento vai ser a elaboração e exposição dos critérios de inclusão e exclusão com a participação de toda a equipe. Que serão:

Critérios de inclusão:

Pacientes maiores de 45 anos

Pacientes que estejam de acordo com sua participação no estudo.

Pacientes que vem a consulta no tempo do estudo.

Critérios de exclusão:

Pacientes que não tiveram condições de vir a consulta.

Pacientes que não concordem em participar do no estudo.

Pacientes que não tenham a idade correspondida.

O terceiro momento vai começar com o registro dos membros da equipe que estará composto pelos médicos, enfermeiros, técnicas de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, assim como sua responsabilidade neste processo.

O quarto momento estará composto quando junto a toda a equipe de saúde realize-se um levantamento dos recursos que vão ser necessários para a execução do projeto.

O quinto momento estará composto pela coleta da informação, que será obtida diante a entrevista e o exame físico, nas consultas e nos grupos de apoio, com o

objetivo de identificar possíveis doenças desconhecidas pelas pessoas, e para procurar fatores de risco coronários conhecidos. Todo isto conforme os critérios de inclusão e exclusão selecionados.

Nestas atividades serão feitas medições antropométricas de peso, altura e comprimento da cintura. Assim vai ser calculado o índice de massa corporal (IMC) e será feita a medição da pressão arterial no membro superior direito.

Os procedimentos serão feitos com as técnicas especializadas e nos lugares adequados, com as condições de privacidade, iluminação, ventilação e espaço corretos, tendo presente sempre o cuidado da integridade de cada paciente e utilizando técnicas corretas para os procedimentos. Integridade de cada paciente e logrando fazer os procedimentos com as técnicas corretas.

O sexto momento estará composto pela realização de intervenções nos pacientes, com a solicitação de exames de glicose de jejum, hemoglobina glicada e lipidograma para a identificação de fatores de risco e assim avaliar os indicadores vinculados com estes.

O sétimo momento estará composto pelo registro das informações processadas nos prontuários eletrônicos e de papel.

O oitavo momento estará composto pela avaliação dos indicadores resultantes da coleta dos dados e dos resultados destes. Para isso vão ser utilizadas as variáveis seguintes: a idade, o sexo, a diabetes mellitus, a hipertensão arterial, o habito de fumar, a obesidade, a dislipidemia e o sedentarismo.

Serão utilizados o sistema de prontuário eletrônico e o sistema de prontuário de papel, onde será avaliada e processada toda a informação, para alcançar os resultados. Este serão processados no sistema operativo Microsof Window XP sete. Os dados obtidos serão expostos em tabelas de números e porcentagens.

O sexto momento estará composto pela realização de intervenções nos pacientes, com a solicitação de exames de glicose de jejum, hemoglobina glicada e lipidograma para a identificação de fatores de risco e assim avaliar os indicadores vinculados com estes.

O sétimo momento estará composto pelo registro das informações processadas nos prontuários eletrônicos e de papel.

O oitavo momento estará composto pela avaliação dos indicadores resultantes da coleta dos dados e dos resultados destes. Para isso vão ser utilizadas as variáveis seguintes: idade, sexo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, habito de fumar, obesidade, dislipidemia e o sedentarismo.

Serão utilizados o sistema de prontuário eletrônico e o sistema de prontuário de papel, onde será avaliada e processada toda a informação, para alcançar os resultados. Este serão processados no sistema operativo Microsoft Window XP sete. Os dados obtidos serão expostos em tabelas de números e porcentagens.

## 5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Primeiro momento	X					
Segundo momento	X					
Terceiro momento	X	X				
Quarto momento		X				
Quinto momento		X	X			
Sexto momento			X	X		
Sétimo momento				X	X	
Oitavo momento					X	X

## 6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos humanos:

Serão a equipe de Estratégia de Saúde da Família, que está composta por 2 médicas, 3 enfermeiros, 3 técnicas de enfermagem e 14 agentes de saúde comunitários.

Recursos materiais:

- Computadores
- Prontuários de papel
- Folhas A4 em Branco
- Impressoras
- Caderno de atenção básica (Doenças Crônicas Não Transmissíveis)
- Canetas
- Lugar para a realização dos grupos
- Área de consultas
- Balança
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Requisição para exames laboratoriais
- Fita métrica

## 7. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se ao final do projeto que toda a equipe possa trabalhar com o mesmo objetivo e que depois de explicá-los, os pacientes sejam conscientes da importância da sua participação.

Com o projeto de intervenção de fatores de risco coronários na Unidade de Estratégia de Saúde Castelo, espera-se conhecer quais são os fatores de risco que podem ocasionar doenças coronárias e que estão presentes nos pacientes, assim como a quantidade de pacientes que os apresentem.

Destes fatores de risco, esperamos encontrar os que prevalecem como protagonistas desta doença na população da unidade de Estratégia de Saúde Castelo.

Esperamos ter conhecimento das idades, e o gênero mais comprometidos com estes fatores de risco.

Conhecer quantos pacientes têm cardiopatia isquêmica e quantos estão relacionados com os fatores de risco que as proporcionam.

Também se espera encontrar a correspondência ou não com a descrição da literatura sobre os fatores de risco fundamentais ou que mais afetam aos pacientes para chegarem a ter uma cardiopatia isquêmica.

## 8. REFERÊNCIAS

Grundy SM, Becker D, Clark LT, Cooper RS, Denke MA, Howard J, et al. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2011 May 16;285(19):2486-97.

Longevidad Id. 25-10-2009 [updated 25-10-2009; cited].

Gillum RF. New considerations in analyzing stroke and heart disease mortality trends: the Year 2000 Age Standard and the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Stroke. 2012 Jun;33(6):1717-21.

Lanas F, Avezum A, Bautista LE, Diaz R, Luna M, Islam S, et al. Risk Factors for Acute Myocardial Infarction in Latin America: The INTERHEART Latin American Study. Circulation 2007; 115:1067-74.

Sambola A, Fuster V, Badimon JJ. Papel de los factores de riesgo en la trombogenicidad sanguínea y los síndromes coronarios agudos. Rev EspCardiol 2013;56(10):1001-9.

Souza JMA, Carvalho AC. Infarto Agudo do Miocárdio. In: Frisoli Júnior, A, et al. Emergências: manual de diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2014.

Melo ECP, Travassos C, Carvalho MS. Qualidade dos dados sobre óbitos por infarto agudo do miocárdio. Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública; Jun 2004 [acesso em: 05 ago 2010]; 38(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300008).

Latado AL. Mortalidade e fatores prognósticos da insuficiência cardíaca em Salvador, Bahia. Gaz. Méd. Bahia; jul-dez 2006 [acesso em: 28 set 2010]; 76:2:84- 93. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/336>

Perfil epidemiológico... 42 Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Set. 2013;11(2):40-54)

Bordon JG, Paiva SAR, Matsubara LS, Inoue RMT, Matsui M, Gut AL, et al. Redução da mortalidade após implementação de condutas consensuais em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2004 [acesso Perfil epidemiológico... 53 Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Set. 2013;11(2):40-54 em: 05 ago 2010],82(4):370-3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v82n4/a08v82n4.pdf>.

Pesaro AEP, Campos PCGD, Katz M, Corrêa TD, Knobel E. Síndromes coronarianas agudas: tratamento e estratificação de risco. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2008 jun [acesso em: 05 ago 2010]; 20(2):197-204. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/14.pdf>.

Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad. Saúde Pública [online]. 2009 [acesso em: 28 julho 2010]; 25(7):1620-5. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700021&script=sci_arttext).

Coelho LM, Resende ES. Perfil epidemiológico dos pacientes com infarto agudo do miocárdio em Uberlândia. [acesso em: 05 out. 2010]. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/4146/3093>.

Coutinho M. Insuficiência cardíaca. 2005. [acesso em: 05 out. 2010] disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/~cardiologia/icc.pdf>.

Organización Panamericana de la salud. EPIDAT. Análisis epidemiológico. Volumen3Enero (2008).

## ANEXOS

Modelo de coleta de Dados.

Dados gerais:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Peso corporal (Kg): \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Altura (cm): \_\_\_\_\_

Perímetro da cintura (cm): \_\_\_\_\_

Fumante: sim: \_\_\_\_\_ quantidade: \_\_\_\_\_ cigarro e/ou tabaco/dia

Tempo fumando: \_\_\_\_\_ Ex fumantes (> 1 ano): \_\_\_\_\_ Não fumante: \_\_\_\_\_

PA (mmHg): \_\_\_\_\_

Atividade física

Sedentária ou com atividade ligeira: \_\_\_\_\_ (não realizam exercício corporal regularmente e passam a maior parte do tempo do trabalho sentado ou em pé com pequenos deslocamentos corporais)

Ativo o moderadamente ativo: \_\_\_\_\_ (a realização diária de uma hora (contínua ou a intervalos) de exercício moderada ou vigoroso, como correr, trotar, montar bicicleta, dançar, fazer aeróbicos ou atividades desportivas várias)

Muito ativo: \_\_\_\_\_ (pessoas com ocupações não sedentárias, que dançam, caminham, fazem exercício físico aeróbico duas horas cada dia ou trabalhadores da agricultura não mecanizada)

Glicose: \_\_\_\_\_ mmol/L

TTG: \_\_\_\_\_ mmol/L

Colesterol: \_\_\_\_\_ TGC: \_\_\_\_\_

APP:

\_\_\_ Diabetes Mellitus

\_\_\_ Hipertensão arterial

\_\_\_ Dislipidemia



História pessoal de infarto do miocárdio, ou revascularização coronária percutânea ou cirúrgica.

Diabetes Gestacional

Enfermidade policística do ovário

APF:

Diabetes Mellitus

Hipertensão arterial

Antecedentes familiares de enfermidade coronária