

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

LAYSA ANDRADE ALMEIDA

**CONTROLE E REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR ATRAVÉS DA
PREVENÇÃO, TERAPIAS NÃO-MEDICAMENTOSA E MEDICAMENTOSA DOS
USUÁRIOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE GAPARA**

São Luís - MA
2017

LAYSA ANDRADE ALMEIDA

**CONTROLE E REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR ATRAVÉS DA
PREVENÇÃO, TERAPIAS NÃO-MEDICAMENTOSA E MEDICAMENTOSA DOS
USUÁRIOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE GAPARA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica da
Universidade Federal do Maranhão/UNASUS,
para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica

Orientador (a): Nayra Anielly Lima Cabral

São Luís – MA
2017

Almeida, Laysa Andrade

Controle e redução do risco cardiovascular através da prevenção, terapias não-medicamentosa e medicamentosa dos usuários atendidos no Centro de Saúde Gapara /Laysa Andrade Almeida. – São Luís, 2017.

16 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2017.

1. Assistência ao paciente. 2. Doenças cardiovasculares. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDU 616.1

LAYSA ANDRADE ALMEIDA

**CONTROLE E REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR ATRAVÉS DA
PREVENÇÃO, TERAPIAS NÃO-MEDICAMENTOSA E MEDICAMENTOSA DOS
USUÁRIOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE GAPARA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica da
Universidade Federal do Maranhão/UNASUS,
para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra Nayra Anielly Lima Cabral

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

2º MEMBRO

3º MEMBRO

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis são de grande relevância para saúde pública, especialmente as doenças cardiovasculares responsáveis pelo incremento na morbimortalidade da população brasileira e aumento nos gastos públicos pelo Sistema Único de Saúde. A estratificação do risco cardiovascular possibilita um melhor diagnóstico das populações em risco e permite a adoção de estratégias eficazes em fases precoces. Este projeto objetiva a elaboração de uma proposta de intervenção que contribua para o controle e/ou redução o risco cardiovascular através da prevenção e terapias não-medicamentosa e medicamentosa dos usuários atendidos no Centro de Saúde Gapara, São Luís, MA, Brasil. Realizou-se um diagnóstico situacional dos usuários atendidos no Centro de Saúde Gapara, bem como revisão de literatura sobre o tema para definição da estratégia apresentada. Espera-se que com essa proposta possa-se garantir uma abordagem mais individualizada dos pacientes, modificação dos hábitos de vida dos usuários (alimentação, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo), maior adesão as terapias propostas, controle adequado de hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos, estreitamento da relação equipe-comunidade, capacitação e incremento intelectual permanente sobre o tema, melhor direcionamento dos recursos do sistema único de saúde municipal.

Palavras-chave: Assistência ao paciente. Doenças Cardiovasculares. Atenção Primária à saúde.

ABSTRACT

The Non-communicable chronic diseases are of great relevance to public health, especially cardiovascular diseases responsible for the increase in the morbidity and mortality of the Brazilian population and increase in public spending by the Unified Health System. The stratification of cardiovascular risk allows a better diagnosis of populations at risk and allows the adoption of effective strategies in the early stages. This project aims at the elaboration of an intervention proposal that contributes to the control and / or reduction of cardiovascular risk through the prevention and non-drug and drug therapies of the users attending the Centro de Saúde Gapara, São Luís, MA, Brazil. A situational diagnosis of the users served at the Centro de Saúde Gapara was carried out, as well as literature review on the topic to define the presented strategy. It is hoped that with this proposal we can guarantee a more individualized approach of patients, modification of the users' habits of life (diet, sedentarism, smoking, alcoholism), greater adherence to the therapies proposed, adequate control of hypertensive, diabetic and dyslipidemic, narrowing of the team-community relationship, training and permanent intellectual increment on the subject, better targeting of the resources of the single municipal health system.

Keywords: Patient Care. Cardiovascular diseases. Primary Health Care

SUMÁRIO

1	IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	6
1.1	Título.....	6
1.2	Equipe Executora.....	6
1.3	Parcerias Institucionais	6
2	INTRODUÇÃO.....	6
3	JUSTIFICATIVA.....	8
4	OBJETIVOS.....	8
4.1	Geral.....	8
4.2	Específicos.....	8
5	METAS.....	9
6	METODOLOGIA	9
7	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	13
8	IMPACTOS ESPERADOS.....	14
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
	REFERÊNCIAS.....	16

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 Título

Controle e redução do risco cardiovascular através da prevenção e terapias não-medicamentosa e medicamentosa dos usuários atendidos no Centro de Saúde Gapara, São Luís, MA, Brasil

1.2 Equipe Executora

- Laysa Andrade Almeida
- Nayra Anielly Lima Cabral
- Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde Gapara: Equipe 106

1.3 Parcerias Institucionais

- Secretaria Municipal de Saúde
- Centro de Saúde Gapara
- Laboratórios do Sistema Único de Saúde

2 INTRODUÇÃO

A avaliação do risco cardiovascular foi desenvolvida para rastreamento dos indivíduos assintomáticos, porém com probabilidade de desenvolver algum evento que aumente a morbimortalidade nesta população. Nesse sentido, foram criados diversos escores para mensuração desse risco são eles: o Escore de Risco de Framingham (ERF), o Escore de Risco de Reynolds (ERR), o Escore de Risco Global (ERG) e o Risco pelo Tempo de Vida (RTV) (DAGOSTINO, 2008).

Apesar do escore de Framingham ser amplamente conhecido e difundido ele avalia apenas o risco de infarto do miocárdio ou morte por doença coronária em 10 anos. Portanto, a Sociedade Brasileira de Cardiologia indica utilização do Escore de Risco Global (ERG) pois além de estimar o risco de infarto do miocárdio, também prevê o risco de acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência vascular periférica e insuficiência cardíaca em 10 anos e orienta o uso do RTV nos indivíduos com mais

de 45 anos com intuito de avaliar a probabilidade um evento isquêmico o risco ao longo da vida nessa população (SIMÃO, 2013).

Inicialmente avalia-se se o paciente já apresenta doença aterosclerótica significativa ou de seus equivalentes (doença aterosclerótica arterial coronária, cerebrovascular ou obstrutiva periférica; se submeteu-se a procedimentos de revascularização arterial; se é portador de diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2; doença renal crônica). Homens e mulheres que se enquadram nesta situação possuem risco superior a 20% em 10 anos de apresentar novos eventos cardiovasculares ou de um primeiro evento cardiovascular, sendo assim, considerados de ALTO RISCO (SIMÃO, 2013).

Os indivíduos que não se enquadraram nesta situação aplica-se o ERG avalia as seguinte variáveis: idade, colesterol da lipoproteína de alta densidade (HDL-C), Colesterol Total (CT), Pressão Arterial Sistólica (PAS) em uso de medicação, Pressão Arterial Sistólica sem uso de medicação, Tabagismo, Diabetes (DM). Há uma tabela para o sexo feminino e outra para o sexo masculino. Os valores encontrados são convertidos em pontos que quando somados corresponderão ao risco cardiovascular do paciente (SIMÃO, 2013).

Os pacientes de ALTO RISCO pelo escores são aqueles que a soma dos pontos foi $> 20\%$ para homens e $>10\%$ para mulheres. RISCO INTERMEDIÁRIO, homens que a soma dos pontos foi $\geq 5\%$ e $\leq 20\%$ e mulheres $\geq 5\%$ e $\leq 10\%$ de ocorrência de algum dos eventos citados. BAIXO RISCO aqueles que a soma dos pontos foi $< 5\%$ (caso os presentes neste grupo apresentem histórico familiar de doença cardiovascular prematura serão reclassificados para risco intermediário (SIMÃO, 2013).

Tal risco pode ser reduzido ou controlado através de ações de prevenção e promoção de saúde. E em último caso, através da adesão ao tratamento proposto. No entanto, o que nota-se é o aumento da incidência dos doentes crônicos (passíveis de prevenção), por conseguinte, o número de doentes sequelados ou que vão óbito cresce proporcionalmente (BRASIL, 2011).

3 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares estão relacionadas a grande parte da morbimortalidade e internações hospitalares, principalmente, na população idosa e em especial nas regiões Norte e Nordeste do Brasil onde o acesso a prevenção primária e secundária ainda é ineficaz (MANSUR, 2016).

O acompanhamento através de estratégias de baixo custo (atividade física regular, alimentação saudável, controle adequado e rigoroso das doenças de base) permitiriam uma redução significativa nos gastos públicos, bem como, estimularia a adesão de outros pacientes e o engajamento da equipe no monitoramento e acompanhamento dos usuários (BRASIL, 2011).

Assim garantir-se-á a correta aplicabilidade dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, fundamentados na promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação dos doentes (BRASIL, 2012).

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

- Controlar e reduzir o risco cardiovascular através da prevenção e terapias não-medicamentosa e medicamentosa dos usuários atendidos no Centro de Saúde Gapara, São Luís, MA, Brasil

4.2 Específicos

- Criar estratégias que visem a prevenção dos fatores de risco cardiovascular;
- Desenvolver atividades que estimulem a mudança de hábitos de vida dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde do Gapara, São Luís, MA, Brasil;
- Orientar os pacientes quanto a importância de adesão ao tratamento proposto;

- Facilitar a realização de exames complementares através do Sistema Único de Saúde para os usuários em rastreio ou acompanhamento de risco cardiovascular;

5 METAS

- Aumentar em 20% a adesão ao tratamento medicamentoso (dos pacientes que estão em tal uso);
- Reduzir em 30% o número de pacientes sedentários (em especial os estratificados como alto risco / risco intermediário);
- Garantir que 100% dos hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos tenham acesso a informações sobre sua morbidade, bem como, tratamento e acompanhamento;
- Ampliar em 80% o acesso realização de exames de controle em tempo hábil;
- Aumentar em 50% o rastreio dos pacientes e sua posterior estratificação;

6 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção educativa que será realizado no Centro de Saúde Gapara localizado no bairro Gapara, faz parte do Distrito Itaquí-Bacanga e conta com 02 equipes de Estratégia de Saúde da Família composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, e técnico de saúde bucal, agente comunitário de saúde.

Inicialmente realizou-se um diagnóstico situacional dos usuários atendidos no Centro de Saúde Gapara, através de análise de prontuários e corroborada pelas reuniões de equipe. Observou-se que as principais morbidades que assolam a população atendida nesta unidade de saúde são Hipertensão Arterial, Diabetes, Dislipidemia, Obesidade, Sedentarismo e suas complicações, contribuindo conseqüentemente para aumento do risco cardiovascular.

Assim, buscou-se nas bases de dados literature of Latin America and the Caribbean (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual

de Saúde (BVS) com os descritores: avaliação de risco, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão, atenção básica, fatores de risco, vigilância em saúde pública para estabelecer qual seria a melhor sistemática de abordagem e quais seriam as estratégias de maiores ganhos a serem implementadas.

De acordo com os critérios de rastreamento cardiovascular do Ministério da Saúde, através da política de Atenção à Saúde do Adulto objetivamos como público alvo do projeto todos os pacientes com idade superior a 20 anos de idade atendidos no Centro de Saúde Garapa (BRASIL, 2011). Antes do atendimento ao usuário a equipe passará por capacitação interna, seguindo as diretrizes de manejo do Ministério da Saúde, debates sobre temas e realização de aperfeiçoamento e reuniões de ajuste mensais.

Através dos agentes comunitários de saúde, e profissionais que atuam nesta unidade de saúde os usuários serão comunicados a respeito da importância da estratificação de risco cardiovascular e assim convidados a participar do projeto de intervenção.

Estes usuários serão submetidos a triagem com técnico de enfermagem (aferição de pressão arterial, pesagem, mensuração de altura) consulta com enfermeiro e médico (anamnese, investigação de comorbidades, exame físico, aferição de pressão arterial, mensuração da circunferência abdominal, solicitação de exames de rotina para compor os critérios utilizados Escore de Risco Global - ERG). A realização ágil e oportuna dos exames deverá ser efetivada através de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Luís – MA e para garantia do seguimento adequado realizar-se-á a busca ativa destes usuários através dos agentes comunitários de Saúde.

Após a obtenção das variáveis necessárias os usuários que serão avaliados passarão por estratificação de risco, e só então classificados em ALTO, INTERMEDIARIO e BAIXO risco pelo ERG (tabelas 1.1, 1.2, 2.1, 2.2). De acordo com o seu enquadramento realizar-se-á intervenção de forma individualizada no fator ou fatores que estão contribuindo para a desequilíbrios de suas funções (tabagismo, dieta, sobrepeso, sedentarismo, ingestão alcoólica, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, fatores psicossociais, entre outros).

Tabela 1.1 - Atribuição de pontos de acordo com o risco global, para mulheres

Pontos	Idade	HDL - C	CT	PAS não-tratada	PAS tratada	Fumo	DM
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-129		Não	Não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-139		
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+						

Fonte: SIMÃO, 2013

Tabela 1.2 - Risco cardiovascular global em 10 anos, para mulheres

Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
<-2	<1,0	10	6,3
-1	1,0	11	7,3
0	1,2	12	8,6
1	1,5	13	10
2	1,7	14	11,7
3	2,0	15	13,7
4	2,4	16	15,9
5	2,8	17	18,5
6	3,3	18	21,6
7	3,9	19	24,8
8	4,5	20	28,5
9	5,3	21+	>30

Fonte: SIMÃO, 2013

Tabela 2- Atribuição de pontos de acordo com o risco global, para homens

Pontos	Idade	HDL - C	CT	PAS não-tratada	PAS tratada	Fumo	DM
-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	140-159	120-139		
3			240-279	160+	130-139		Sim
4			280+		140-159	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+						

Fonte: SIMÃO, 2013

Tabela 2.2 - Risco cardiovascular global em 10 anos, para homens

Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
<-3 ou menos	<1,0	8	6,7
-2	1,1	9	7,9
-1	1,4	10	9,4
0	1,6	11	11,2
1	1,9	12	13,2
2	2,3	13	15,6
3	2,8	14	18,4
4	3,3	15	21,6
5	3,9	16	25,3
6	4,7	17	29,4
7	5,6	18	>30

Fonte: SIMÃO, 2013

Para os pacientes em ALTO RISCO o seguimento será contínuo em intervalo trimestral, indicação ou revisão do tratamento (de acordo com as diretrizes de tratamento da(s) doença(s) de base) com a garantia de disponibilidade de medicamentos, exames, apoio psicossocial / reabilitação / atividade física (através do NASF Itaqui-Bacanga), palestras quinzenais (Hipertensão, Diabetes, Dislipidemia, Obesidade e Acidente Vascular Encefálico: Conceito, Fatores de Risco e Consequências; Importância do tratamento medicamentosos e não-medicamentosos; Dieta do Hipertenso, Diabético, Dislipidêmico; Atividade física; Como usar corretamente os medicamentos prescritos; Tabagismo e Álcool; Plantão de dúvidas) e contra-referência, se necessário.

Os pacientes em RISCO INTERMEDIÁRIO o seguimento contínuo será em intervalo semestral, indicação ou revisão do tratamento (de acordo com as diretrizes de tratamento da(s) doença(s) de base) com a garantia de disponibilidade de medicamentos, exames, atividade física (através do NASF Itaqui-Bacanga), palestras quinzenais (Hipertensão, Diabetes, Dislipidemia, Obesidade e Acidente Vascular Encefálico: Conceito, Fatores de Risco e Consequências; Importância do tratamento medicamentosos e não-medicamentosos; Dieta do Hipertenso, Diabético, Dislipidêmico; Atividade física; Como usar corretamente os medicamentos prescritos; Tabagismo e Álcool; Plantão de dúvidas).

Já os pacientes em BAIXO RISCO sua avaliação será oportuna, porém preferencialmente anual, palestras mensais (Hipertensão, Diabetes, Dislipidemia, Obesidade e Acidente Vascular Encefálico: Conceito, Fatores de Risco e Consequências; Importância do tratamento medicamentosos e não-medicamentosos; Alimentação saudável; Atividade física; Tabagismo e Álcool; Plantão de dúvidas), grupos de atividade física (através do NASF Itaqui-Bacanga).

Vale ressaltar que o objetivo do projeto é manter os pacientes em alto risco em controle estrito das doenças de base, intervir positivamente nos pacientes em risco intermediário com o intuito de evitar a progressão do escore e atuar preventivamente nos pacientes de baixo risco.

Para contra-referência e realização do exames laboratoriais de triagem (colesterol total, HDL – Colesterol, Triglicerídeos, Glicemia de Jejum, H), seguimento e monitoramento da Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Diabetes, Doenças Cerebrovasculares realizar-se-á pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde para que esses usuários, tenham os entraves facilitados, já que estarão devidamente estratificados, diagnosticados e acompanhados.

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Jan-Mar 2017	Abr 2017	Mai 2017	Jun 2017	Jul 2017	Ago 2017	Set 2017	Out 2017	Nov 2017	Dez 2017
Elaboração do plano de ação	X									
Reunião com a equipe e parcerias institucionais		X	X							
Apresentação da proposta a direção			X							
Divulgação e mobilização			X	X	X					
Execução do plano				X	X	X	X	X	X	X
Capacitação interna da equipe				X						
Consulta inicial					X					
Exames iniciais					X	X				
Consulta de estratificação (retorno)						X	X			
Palestras					X	X	X	X	X	X
Atividade física (NASF)					X	X	X	X	X	X

<i>Plantão de Dúvidas</i>					X	X	X	X	X	X
<i>Ajuste de conduta da equipe e discussão de intervenção</i>						X	X	X	X	X
<i>Consulta Final</i>									X	X
<i>Aferição dos impactos esperados</i>										X

8 IMPACTOS ESPERADOS

Espera-se que tal estratégia promova um arrefecimento nos agravos de saúde relacionados às doenças crônicas não transmissíveis através da orientação no que diz respeito às más práticas e hábitos e vida, educação continuada em saúde, adesão ao tratamento, ampliação do acesso à avaliação complementar quando indicada, mobilização e incentivo aos profissionais saúde no sentido de continuar realizando a promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial da Saúde estima que as Doenças Crônicas não Transmissíveis são responsáveis por quase de 60% dos óbitos em todo o mundo (WHO, 2005). Apesar atenção primária dispor de vários programas para controle e monitorização das Doença Crônicas Não Transmissíveis ainda há ainda lacunas a serem superadas (BRASIL, 2012; LIMA, 2009). À exemplo, da implementação de um protocolo fixo do fluxo de atendimento unindo a educação em saúde, modificação do estilo de vida, terapias não-medicamentosas e/ou medicamentosas quando necessário (CAPILHEIRA, 2011).

A Hipertensão Arterial, Diabetes, Dislipidemia, Obesidade e Sedentarismo são as principais morbidades de saúde que acometem a população de estudo. Assim, estratificar a população de acordo com o risco de acometimento cardiovascular e a

realização de intervenções programadas permitem que o manejo clínico seja ainda mais eficiente, principalmente, na prevenção de agravos na população de baixo risco (SAMPAIO, 2010).

Nesse sentido, a proposta deste plano de intervenção ao sugerir uma abordagem mais individualizada dos pacientes, estreitamento da relação equipe-comunidade, capacitação e incremento intelectual permanente sobre o tema contribuirá a longo prazo com a diminuição do sedentarismo, obesidade, maior adesão as terapias propostas pelo reconhecimento de sua condição patológica, controle adequado de metas para hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos, melhor direcionamento dos recursos do sistema único de saúde municipal, integração entre atenção primária, secundária e terciária e garantirá, principalmente, qualidade de vida ao usuário (MUNIZ, 2012).

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAPILHEIRA, Marcelo; SANTOS, Iná S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1143-1153, June 2011.
- LIMA, Sheyla Maria Lemos et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2001-2011, Sept. 2009 .
- MANSUR, Antonio de Padua; FAVARATO, Desidério. Mortality due to Cardiovascular Diseases in Women and Men in the Five Brazilian Regions, 1980-2012. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 107, n. 2, p. 137-146, Aug. 2016 .
- MUNIZ, Ludmila Correa et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 534-542, June 2012.
- SAMPAIO, Marcus da Rocha; MELO, Morgan Batista Oliveira de; WANDERLEY, Mary Stefannie Azevedo. Estratificação do risco cardiovascular global em pacientes atendidos numa unidade de saúde da família (USF) de Maceió, Alagoas. **Rev Bras Cardiol.** v. 23, n.1, p.47-56, Jan/Fev. 2010.
- SIMAO, AF et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 101, n. 6, supl. 2, p. 1-63, Dec. 2013.
- SOUZA, Maria de Fátima Marinho de et al. Análise de séries temporais da mortalidade por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, nas cinco regiões do Brasil, no período de 1981 a 2001. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 87, n. 6, p. 735-740, Dec. 2006 .
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneve: WHO, 2005.