

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ARIANA MARJORIE SILVA FERNANDES

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DA
PALESTINA – CANINDÉ/CE: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO**

FORTALEZA

2015

ARIANA MARJORIE SILVA FERNANDES

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DA
PALESTINA – CANINDÉ/CE: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^o. Dra. Monaliza Ribeiro
Mariano

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

-
- F363p Fernandes, Ariana Marjorie Silva Fernandes.
- Prevenção de doenças cardiovasculares na comunidade da Palestina – Canindé/CE: Diagnóstico e intervenção / Ariana Marjorie Silva Fernandes. – 2015.
- 23 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.
- Orientação: Dra. Monaliza Ribeiro Mariano
1. Doenças cardiovasculares. 2. Fatores de risco. 3. Educação em Saúde. I. Título.

CDD 616.1

ARIANA MARJORIE SILVA FERNANDES

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DA
PALESTINA – CANINDÉ/CE: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dra. Monaliza Ribeiro Mariano
Centro Universitário Estácio do Ceará

Prof^o., Me Adriana Sousa Carvalho de Aguiar
Faculdade Integrada da Grande Fortaleza

Prof^o Me Aline Tomaz de Carvalho
Universidade Federal do Ceará

RESUMO

Segundo estatísticas, quase um terço das mortes registradas no país, no período de um ano, tem como causa doenças que afetam artérias e coração. Para alcançar a melhora dos índices de acometimento cardiovascular, faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar inovadora e que alcance o interesse do indivíduo em mudar seus hábitos e repensar seu estilo de vida. Intervir de forma adequada na comunidade em que se atua significa: evitar hospitalizações, incapacidades, sofrimento para o paciente e para seus familiares, gastos públicos elevados em saúde, absenteísmo no trabalho, comprometimento na economia regional e no núcleo familiar, além da consequência mais temida, a morte. O estudo tem como objetivos: identificar o número de pacientes acometidos por doenças cardiovasculares e suas características sócio-epidemiológicas e realizar ações educativas sobre os fatores de risco e complicações das doenças cardiovasculares. Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação por se tratar de uma pesquisa que visa à elaboração de um plano de intervenção que será realizado com moradores na área de abrangência de uma unidade básica de saúde, na comunidade da Palestina, localizada no município de Canindé – Ceará. A proposta de intervenção será uma abordagem multidisciplinar dos fatores de risco cardiovascular, que consiste em três encontros ministrados pela equipe de saúde da família e por profissionais do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família: duas psicólogas, uma educadora física, uma nutricionista e uma assistente social. Serão realizadas palestras educativas e lúdicas à população da comunidade da Palestina, de conteúdo acessível, e com distribuição de papéis impressos com informações de autocuidado e de prevenção das doenças das artérias e do coração. Almeja-se que cerca de 300 pessoas da comunidade participem dos encontros e que aproximadamente 95% delas obtenham algum benefício na prevenção dos fatores de risco de doenças cardiovasculares. Pretende-se com a aplicação desse projeto de intervenção contribuir para a redução da morbimortalidade oriunda das doenças cardiovasculares, aumento do nível de informação da população, e a melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

According to statistics nearly a third of the deaths recorded in the country in the period of a year are caused by diseases that affect arteries and heart. To achieve the improvement of cardiovascular involvement rates, an innovative multidisciplinary approach is necessary and that reach the individual's interest in changing their habits and rethink your lifestyle. Intervene appropriately in the community in which it operates, means: avoid hospitalizations, disabilities, suffering for patients and their families, high public spending on health, absenteeism at work, commitment in the regional economy and in the family, in addition to result more dreaded death. The study aims to: identify the number of affected by heart disease patients and their epidemiological and socio carry out educational activities on the risk factors and complications of cardiovascular disease. This is a type study action research because it is a research that aims to draw up an action plan which will be held with residents in the catchment area of a basic health unit in the Palestinian community in the municipality Caninde - Ceará. The intervention proposal is a multidisciplinary approach to cardiovascular risk factors, consisting of three meetings offered by the health team of family and professional NASF – Core Support for Family Health: two psychologists, a physical educator, a nutritionist and a social worker. Educational lectures and leisure will be held for the Palestina community's population, accessible content, and distribution of printed papers with information of self-care and prevention of diseases of the arteries and heart. One hopes that about 300 people from the community participate in the meetings and that approximately 95% of them get some benefit in the prevention of risk factors of cardiovascular diseases. The aim of the application of this intervention project contribute to the reduction of morbidity and mortality arising from cardiovascular diseases, increasing people's level of information, and improving the quality of life.

Keywords: Cardiovascular Diseases; Risk Factors; Health Education; Health Promotion; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	PROBLEMA.....	12
3	JUSTIFICATIVA.....	13
4	OBJETIVOS.....	14
4	OBJETIVO	
4.1	OBJETIVO GERAL.....	14
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
6	METODOLOGIA.....	18
7	CRONOGRAMA.....	20
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	21
9	RESULTADOS ESPERADOS.....	23
	REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortes registradas no Brasil, sendo responsáveis por cerca de 20% dos óbitos anualmente. Tais doenças representam a grande causa de morbimortalidade no mundo inteiro, e sofrem grande interferência dos hábitos modernos, justificando o fato de haver alta incidência tanto em países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos. São elas, principalmente: doença coronariana, doença cerebrovascular, doença de artérias periféricas e doenças da aorta (MANSUR, 2011).

Diversos são os fatores considerados de risco para patologia cardiovascular. São eles: diabetes, obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso excessivo de álcool e dislipidemia. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal; controle do peso; prática de atividade física; e cessar o tabagismo e o uso excessivo de álcool são fatores que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (PEREIRA, 2009).

A ideia errônea de que os fatores de risco cardiovasculares e as doenças cardiovasculares estejam presentes apenas em fases da vida mais avançadas colabora para a existência desses em fases precoces, com evidências de aterosclerose já na idade adulta jovem (MOREIRA, 2010). Evidências científicas demonstram que a aterosclerose é o grande substrato encontrado nas doenças específicas do aparelho cardiovascular, e é decorrente da agressão ao endotélio dos vasos sanguíneos. O controle dos agentes causadores dessa agressão pode ser alcançado pelo conhecimento dos principais fatores de risco envolvidos, do combate a estes e através da conscientização, por parte da comunidade, de que o tratamento ideal vai muito além da boa adesão de medidas farmacológicas, correspondendo também à mudança do estilo de vida.

Os fatores de risco mais conhecidos para aterosclerose são classificados em não modificáveis (idade igual ou maior a 45 anos para homens, e igual ou maior a 55 anos para mulheres; história familiar precoce em parentes de primeiro grau, em menores de 55 anos para os homens, e em menores de 65 anos para as mulheres); e modificáveis (hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e fatores psicossociais) (XAVIER, 2013).

O diabetes mellitus é uma das doenças crônicas que mais afetam a população brasileira, causando-lhe danos por vezes irreversíveis caso não haja diagnóstico e tratamento precoces, como infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal crônica, cegueira e neuropatias periféricas, além de causar susceptibilidade a infecções de difícil controle e úlceras periféricas. A associação entre morte por evento cardiovascular e diabetes mellitus dos tipos 1 e 2 chega a ser o dobro que na população em geral (VIANA, 2010).

Em 2014, a Sociedade Brasileira de Diabetes redefiniu os critérios diagnósticos para o diabetes: glicemia de jejum maior ou igual a 126mg/dl após 8h sem ingestão calórica; glicemia sérica após 2h de sobrecarga com 75g de glicose (TTGO 75g/2h) maior ou igual a 200mg/dl; A1C maior ou igual a 6,5%; glicemia ao acaso maior ou igual a 200mg/dl em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia ou se estiver em crise hiperglicêmica. Se não houver hiperglicemia comprovada, os resultados devem ser confirmados com a repetição dos testes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações. A hipertensão arterial sistêmica apresenta prevalência elevada e ocasiona 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doenças coronarianas e, se associada a diabetes mellitus, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Insuficiência cardíaca e doenças arteriais periféricas decorrentes da hipertensão arterial mal controlada também são ainda frequentes no nosso meio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O diagnóstico de hipertensão arterial se dá quando a PA sistólica for ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg, medidas essas feitas em consultório, detectadas em pelo menos três ocasiões. Com essas medidas, deve ser feita uma anamnese detalhada e solicitados exames laboratoriais básicos, a fim de se identificar lesões em órgãos-alvo e de se estabelecer a melhor terapia medicamentosa, além de se orientar uma mudança no estilo de vida do paciente e garantir a adesão ao tratamento. As metas pressóricas deverão ser: 140/90 mmHg, se a hipertensão for estágio 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio; 130/80 mmHg, se a hipertensão for associada a risco cardiovascular alto ou muito alto, ou com três ou mais fatores de risco, ou com insuficiência renal com proteinúria > 1 g/l (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Os danos pessoais, sociais e econômicos gerados pelo adoecimento e incapacidades decorrentes das complicações das doenças cardiovasculares levam à necessidade de uma

avaliação do seu risco na população e de intervenções voltadas para a prevenção e promoção da saúde.

Nesse contexto, cabe à estratégia de saúde da família a atuação sobre os principais fatores de risco modificáveis, juntamente com uma abordagem multidisciplinar. Esforços devem ser feitos para a redução da morbimortalidade oriunda das doenças cardiovasculares, principalmente investir na prevenção primária e promoção da saúde. Por meio da consulta e das visitas domiciliares, os profissionais podem identificar os fatores de risco cardiovasculares e as complicações advindas, além de realizar a educação em saúde, que constitui um dos principais elementos para orientar e propiciar melhor qualidade de vida às pessoas portadoras de doenças cardiovasculares.

2. PROBLEMA

A educação em saúde é essencial para que a comunidade referida compreenda os fatores de risco envolvidos e que a melhora dos índices cardiovasculares depende de uma mudança no estilo de vida de cada indivíduo.

A ação educativa, bem como a promoção em saúde, extrapola os limites do consultório médico e exige uma atuação multidisciplinar para abordagem dos fatores de risco coronarianos e cardíacos. Dessa forma, pretende-se intervir de forma mais eficaz na qualidade de vida das mais de 307 pessoas cadastradas em consultas do HiperDia, sendo dessas, cerca de 215 hipertensos e de 92 diabéticos. O Hiperdia é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, que regula a distribuição sistemática de medicações e traz benefícios, como: orientações de estratégias de intervenção aos gestores públicos e conhecimentos a respeito do perfil epidemiológico da população com hipertensão arterial e diabetes mellitus (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Impulsionado por essa problemática e entendendo as intervenções educativas como práticas integrais direcionadas aos fatores determinantes do processo saúde-doença do público que se atende, é que este estudo buscou responder às seguintes questões norteadoras: como intervir de forma mais incisiva nos fatores de risco cardiovasculares de pacientes assistidos por uma Unidade Básica de Saúde da Família da comunidade da Palestina situada no município de Canindé – CE? Após a aplicação do plano de intervenção com os pacientes dessa comunidade, estes demonstram compreensão sobre os fatores de risco envolvidos nos eventos cardiovasculares?

3 JUSTIFICATIVA

Priorizou-se a abordagem sobre as doenças cardiovasculares por conta da alta incidência não só em idosos, mas em adultos jovens, além da detecção de diversos fatores de risco já em adolescentes. Ademais, ainda é elevado o número de consultas médicas em unidades de pronto-atendimento por conta de eventos coronarianos ou cerebrovasculares, bem como de internações hospitalares, alertando para a necessidade de uma intervenção mais adequada na atenção primária.

Verificou-se nos atendimentos médicos realizados na UBS (Unidade Básica de Saúde) do CAIC (Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente), no decorrer do ano anterior, que o número de pacientes acometidos por hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidade e resistência periférica à insulina é ainda bastante elevado. Nesse mesmo grupo de pacientes, há uma prevalência alta de hábitos prejudiciais à saúde dos indivíduos, tais como, tabagismo, etilismo, sedentarismo e dieta irregular.

A importância da identificação dos fatores de risco cardiovascular para o desenvolvimento de um plano de intervenção adequado à comunidade, a alta prevalência na população brasileira e seu elevado custo para o sistema de saúde justificam a elaboração deste estudo.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar um plano de intervenção sobre as implicações das doenças cardiovasculares para moradores na área de abrangências de uma unidade básica de saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o número de pacientes acometidos por doenças cardiovasculares e suas características sócio epidemiológicas.
- Realizar ações educativas sobre os fatores de risco e complicações das doenças cardiovasculares.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Em termos de saúde pública, as duas doenças que mais trazem transtornos à população e que mais causam gastos públicos são a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, dois fatores de risco potencialmente modificáveis para as doenças cardiovasculares. Isso justifica a necessidade de uma intervenção intensa na comunidade a fim de se diminuir a frequência e a gravidade desses mesmos fatores.

A hipertensão arterial sistêmica é a principal causa de acidentes vasculares cerebrais e de infartos no Brasil. Essas complicações são muito frequentes em nosso meio por conta da procura tardia por acompanhamento médico, já que a doença é, de um modo geral, assintomática, e por conta da má adesão ao tratamento medicamentoso e da falta de mudanças no estilo de vida. Perda de peso, dieta hipossódica, atividades físicas aeróbicas, consultas médicas regulares, boa adesão à terapia medicamentosa, fim do tabagismo e do abuso do álcool, além do combate ao estresse, são medidas preconizadas para garantir o sucesso no controle da doença (DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A aferição da pressão arterial deverá ser feita com manguito adequado para o peso e faixa etária, nos dois membros superiores, em três medidas consecutivas, com intervalo de um minuto entre elas. O paciente deverá estar sentado durante a aferição. A média entre as duas últimas medidas será considerada a pressão real. Caso o valor sistólico esteja entre 140-159 mmHg e/ou o diastólico entre 90-99 mmHg, o paciente deverá retornar em 2 meses para reavaliação, além de ser incentivado a ter mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares. Se o valor sistólico estiver entre 160-179 mmHg e/ou o diastólico, entre 100-109 mmHg, o retorno será em um mês; se o valor sistólico for ≥ 180 mmHg e/ou o diastólico ≥ 110 mmHg, recomenda-se uma intervenção imediata ou o retorno em uma semana para reavaliação. Caso os valores aferidos permanecerem alterados, fecha-se o diagnóstico de hipertensão arterial. Recomenda-se sempre a aferição fora do consultório médico para esclarecimento diagnóstico, identificação da hipertensão do avental branco e da hipertensão mascarada (FORESTIERO, 2013).

Feito o diagnóstico, deve ser realizada uma investigação clínica e laboratorial criteriosa, com o objetivo de identificar os fatores de risco para doenças cardiovasculares; pesquisar lesões em órgãos-alvo, clínicas ou subclínicas; pesquisar presença de outras doenças associadas; estratificar o risco cardiovascular global; e avaliar os indícios de diagnóstico de hipertensão arterial secundária. Os exames iniciais que se deseja realizar são a

análise de urina, o potássio sérico, a creatinina plasmática e estimativa da taxa de filtração glomerular, glicemia de jejum, dosagem de colesterol total e frações e triglicerídeos, ácido úrico plasmático e eletrocardiograma convencional. Exames mais específicos, como ultrassonografia de carótidas e eletrocardiograma, só serão solicitados conforme estratificação do risco cardiovascular global (DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O tratamento para todos é baseado no controle do peso, redução do consumo de sal, dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop a Hypertension*), atividade física regular, cessação do tabagismo, controle do estresse psicossocial e abordagem multidisciplinar. Para aqueles pacientes que necessitam de terapia medicamentosa, o médico deverá observar o menor número de tomadas possível, iniciar com a menor dose preconizada, e sempre considerar associação de fármacos se a hipertensão for estágio 2 e 3, para pacientes de alto e muito alto risco de doença cardiovascular. É necessário garantir a qualidade de vida do paciente, estimulando-o à adesão das medicações prescritas (DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

No combate à doença arterial coronariana, é fundamental o controle da pressão arterial, objetivando-se metas de PA de 130 x 80 mmHg. A escolha de betabloqueadores deve ser feita quando houver angina ou infarto do miocárdio prévio. Os inibidores da enzima conversora de angiotensina e os bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II são indicados na prevenção primária de pacientes em alto risco cardiovascular, doença arterial coronariana estável ou infarto do miocárdio prévio (XAVIER, 2013).

Quanto ao acidente vascular encefálico, evidências apontam que o tratamento anti-hipertensivo está associado a uma redução de 35% a 44% da incidência de acidente vascular encefálico. No entanto, na ocorrência do evento encefálico, seja ele isquêmico ou hemorrágico, o nível da PA deverá ser mantido elevado, abaixo de 200mmHg se sistólica (PONTES, 2009).

O diabetes mellitus, por sua vez, representa um desafio ainda maior em termos de tratamento, pois interfere ainda mais drasticamente no estilo de vida do paciente, depende de sua autodisciplina e é fundamental para a sua sobrevivência. A abordagem terapêutica envolve vários níveis de atuação como insulinoterapia, orientação nutricional, autocontrole da glicemia, manutenção de atividade física regular e apoio psicossocial, além de ser fundamental o controle dos níveis pressóricos e do perfil lipídico (SOARES et al, 2010).

No ano de 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, implantado pelo Ministério da Saúde junto a outras organizações

de saúde, estabelece diretrizes e metas a fim de reorganizar o Sistema Único de Saúde – SUS- para atender adequadamente pacientes com essas doenças na rede básica, do diagnóstico precoce à intervenção mais especializada. Foi então criado um sistema informatizado - HiperDia – que permite o cadastramento e o acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e que permite traçar o perfil epidemiológico desta população a médio prazo. Com isso, há um maior conhecimento da magnitude dessas doenças, planeja-se a aquisição de medicamentos e capacitam-se os profissionais de saúde do Brasil, além de permitir ações preventivas com maior custo-efetividade, por meio de evidências observadas (RIBEIRO, 2012).

A promoção de saúde visa assegurar igualdade de oportunidades e proporcionar meios para que a comunidade conheça e controle os fatores determinantes da saúde. O acesso à informação e à educação em saúde é de fundamental importância para capacitar indivíduos a buscar hábitos mais saudáveis, bem como para reorganizar os serviços de saúde. Essa política pública em saúde foi mais incentivada após a definição de promoção da saúde na Carta de Ottawa, fruto da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde: “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria na sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (RIBEIRO, 2012).

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação por se tratar de uma pesquisa que visa à elaboração de um plano de intervenção. Esta procura unir a pesquisa à ação ou à prática. É um tipo de metodologia para intervenção, desenvolvimento e mudança no âmbito de grupos, organizações e comunidades. A pesquisa – ação tem características situacionais, já que procura diagnosticar um problema específico numa situação específica, com vistas a alcançar algum resultado prático; não se trata de um simples levantamento de dados (GIL, 2010).

O estudo será realizado no ginásio esportivo do CAIC – Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente, situado na própria comunidade da Palestina. Esta é um bairro na zona urbana do município de Canindé, contendo aproximadamente 5156 habitantes, sendo 50,5% homens e 49,5% mulheres, e 61,5% dessa população encontra-se na faixa etária de 15 a 64 anos, o que define o público-alvo do presente estudo.

A estratégia interventiva será realizada por profissionais de uma unidade básica de saúde e destinada aos moradores, adultos jovens e idosos especificamente na faixa etária entre 20 e 65 anos, da comunidade Palestina do município de Canindé – CE.

O projeto de intervenção ocorrerá durante o mês de março de 2015 e se realizará através de três encontros, um por semana. As ações educativas serão compostas por atividades lúdicas, palestras e compartilhamento de experiências entre os participantes, dirigidas por um profissional da saúde.

Para a identificação das características sócio epidemiológicas dos participantes, será usado um formulário para investigação das seguintes variáveis: presença de doença cardiovascular e especificação, sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, e variáveis consideradas como fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular: dislipidemia, sobrepeso/obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, estresse, tabagismo, diabetes ou presença de outra doença.

No primeiro encontro, o enfoque será dado à atividade física e combate ao sedentarismo, com participação de educadores físicos. No segundo encontro, o tema abordado será perda de peso, dieta adequada e peso ideal, com palestra de nutricionistas e orientações. Já no terceiro encontro o assunto será a perseverança no tratamento e cuidado psicossocial, com psicólogos do município.

Todos os membros que compõem a unidade de saúde – médica, enfermeira, agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, dentista e atendente - estarão presentes e participarão de atividades, em quaisquer dos momentos mencionados.

Haverá material impresso, exposição temática sucinta e de conteúdo acessível para a comunidade, além de atividades lúdicas com a finalidade de descontrair e de aumentar o interesse de todos na compreensão das metas individuais propostas.

O estudo será encaminhado ao Comitê de ética e os participantes assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido.

7. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	Data	Responsável
Atividades	1	2
Reunião da equipe de saúde da família	03/02/2015	Ariana Marjorie (médica)
Convocação de educadores físicos, nutricionistas e psicólogos	04/02/2015	Nilvane (enfermeira)
Encontro inicial – Palestina em ação	25/02/2015	Ariana Marjorie (médica) Nilvane (enfermeira)
Segundo encontro – Palestina na medida certa	11/03/2015	Ariana Marjorie (médica) Nilvane (enfermeira)
Terceiro encontro – Palestina persevera	18/03/2015	Ariana Marjorie (médica) Nilvane (enfermeira)
Reunião da equipe de saúde da família – balanço final	25/03/2015	Ariana Marjorie (médica) Nilvane (enfermeira)

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

CRONOGRAMA	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
<p>1º ENCONTRO (25/02/15)</p>	<p>Mesas, cadeiras, microfone, recursos audiovisuais, ginásio, material educativo impresso, alimentos para lanches.</p>	<p>Equipe da UBS PALESTINA-CANINDÉ: médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, atendente, agentes de saúde comunitários.</p> <p>Equipe do NASF: psicólogas, educadora física, nutricionista, assistente social.</p> <p>População da Palestina.</p>
<p>2º ENCONTRO (11/03/15)</p>	<p>Mesas, cadeiras, microfone, recursos audiovisuais, ginásio, material educativo impresso, alimentos para lanches.</p>	<p>Equipe da UBS PALESTINA-CANINDÉ: médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, atendente, agentes de saúde comunitários.</p> <p>Equipe do NASF: psicólogas, educadora física, nutricionista, assistente social.</p> <p>População da Palestina.</p>
<p>3º ENCONTRO (18/03/15)</p>	<p>Mesas, cadeiras, microfone, recursos audiovisuais, ginásio, material educativo impresso, alimentos para lanches.</p>	<p>Equipe da UBS PALESTINA-CANINDÉ: médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, atendente, agentes de saúde comunitários.</p> <p>Equipe do NASF: psicólogas, educadora física, nutricionista, assistente social.</p> <p>População da Palestina.</p>

O ginásio será cedido pela creche do CAIC. Os recursos de áudio e instrumentos serão cedidos pela secretaria de saúde e pela UBS. O material impresso e os alimentos serão cortesia da equipe de saúde.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação deste estudo e das atividades propostas, espera-se alertar a população dos riscos para doenças cardiovasculares, mantê-la ciente de seu papel no combate às doenças crônicas e, sobretudo, fazê-la atuante e perseverante na prevenção primária e/ou secundária dos principais fatores de risco envolvidos na hipertensão arterial, no diabetes e na dislipidemia.

Dessa maneira, o número de sequelas graves e irreversíveis dos eventos cardiovasculares diminuirá em longo prazo e a qualidade de vida, em termos de saúde, se elevará na comunidade em médio prazo. Espera-se fazer entender que o autocuidado e a procura por cuidados especializados de médicos, enfermeiros ou demais profissionais não devem ser um fardo, e sim algo prazeroso e com garantias de sucesso e de bem-estar coletivo.

Espera-se alcançar os seguintes resultados: que a comunidade aumente seu nível de informação sobre os fatores de risco cardiovascular e assim obtenha maior subsídio para seu autocuidado; uma redução do peso entre os pacientes classificados como sobrepesos ou obesos; aumento no número de pessoas adeptas à atividade física regular; aumento no número de pessoas com hábitos alimentares mais saudáveis e redução entre os fumantes do hábito de fumar. Almeja-se que cerca de 300 pessoas compareçam às atividades propostas neste estudo, e que aproximadamente 95% delas obtenham algum benefício no combate aos fatores de risco cardiovascular a curto, médio e longo prazo, seja em termos de intervenção primária, secundária ou mesmo terciária à saúde.

REFERÊNCIAS

ALONSO A; et al. Fruit and vegetable consumption is inversely associated with blood pressure in a Mediterranean population with a high vegetable-fat intake: the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) Study. **Br J Nutr**, v.92, n. 2, p.311–319, 2004.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical Care in Diabetes – 2014. *Diabetes Care*, v.37, (Suppl 1), p.14-S80, 2014.

BULL, F.C; BAUMAN, A.E. Physical inactivity: the “Cinderella” risk factor for noncommunicable disease prevention. **J Health Commun**. v. 16, n. 2, p.13-26, 2011.

CRAIG, W.J; MANGELS, A.R. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. **J Am Diet Assoc**. v.109, n. 7, p. 1266–1282, 2009.

DE BOER, M, P.et al. Birth Weight Relates to Salt Sensitivity of Blood Pressure in Healthy Adults. **Hypertension**. V.51, p. 928–932, 2008.

FIGUEIREDO, D. M.; RABELO, F. L. A. Diabetes insipidus: principais aspectos e análise comparativa com diabetes mellitus. **Semina Cienc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 30, n. 2, p. 155-162, jul./dez. 2009.

FORESTIERO, Daniel. et al. Impacto na reclassificação da hipertensão pela Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) segundo a V Diretriz Brasileira de MAPA. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 2, p. 175-179, 2013.

FURTADO, M. V; POLANCZYK, C. A. Prevenção cardiovascular em pacientes com diabetes: revisão baseada em evidências. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 312-318, mar. 2007.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Atlas, 2010.

GOES, A. P. P.; VIEIRA M. R. R; LIBERATORE JÚNIOR R. D. R. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. **Rev. Paul. Pediatria.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 124-128, jun. 2007.

GREENSPAN, F.; STREWLER G. **Endocrinologia Básica & Clínica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 599p.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2007.

GROSS, J. L. et al. Nefropatia diabética e doença cardíaca. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 244-256, mar. 2007.

JAUCH, E. C. et al. On behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 44, n. 3, p. 870-947, 2013.

KANNEL WB, MCGEE D, GORDON T. A general cardiovascular risk profile: the Framingham Study. **Am J Cardiol**. v.38, n. 1, p.46-51, 1976.

LIPP, M.E.N. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Hipertens.**; v.14, n. 2, p. 89-93, 2007.

MACHADO, R.C. et al. Risco cardiovascular na síndrome metabólica: estimativa por diferentes escores. **Rev Bras Clin Med**. v.8, n. 3, p.198-204, 2010

MACKENBACH, J.P. et al. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. **N Engl J Med**. v.358, n.23, p.2468-81, 2008.

MANSUR, A de P. et al. Tendência da mortalidade por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. **Arq Bras Cardiol**.v.76, n. 6, p.497-510, 2001.

MANSUR, A de P. et al. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias, cerebrovasculares e isquêmicas do coração em 11 capitais do Brasil de 1980 a 1998. **Arq Bras Cardiol**. v.79, n. 3, p. 269-84, 2002.

MANSUR, A de P. et al. Trends in ischemic heart disease and stroke death ratios in brazilian women and men. **Clinics**. São Paulo, v.65, n. 11, p.1143-1147, 2010.

MOREIRA, T.M.M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J.C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm.**, 2010.

MONTEIRO, A. G.; ROSÁRIO, F.; TORRE, J. B. Complicações cardiovasculares na diabetes: Prevenções Primária e Secundária nos CSP. **Rev. Port. Clin. Geral.**, Portugal, v. 23, n. 6, p. 627-647, 2007.

MURUSSI, M. et al. Detecção precoce da nefropatia diabética. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 442-451, abr. 2008.

NACIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP III). 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) Final Report 2002. **Circulation**. v.106, n 25, p.3143-421, 2002.

- NAKASATO, M. Sal e Hipertensão. **Rev. Bras Hipertens.** v.11, p. 95–97, 2004.
- OKOSHI, K. et al. Miocardiopatia diabética. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, Botucatu, v. 51, n. 2, p. 160-167, mar. 2007.
- PEREIRA, Ivana Maria Onofri. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Science**, v. 2, n. 2, p. 21-40, 2015.
- PEREIRA, J. C.; BARRETO, S.M.; PASSO,S.V.M.A. Perfil de Risco Cardiovascular e Auto avaliação de Saúde no Brasil: Estudo de Base Populacional. **Rev. Panam. Salud Publica.** V. 25. Washington, jun. 2009.
- PHILLIPS, S.A, et al. Benefit of low-fat over low-carbohydrate diet on endothelial health in obesity. **Hypertension.** v.51, n 2, p. 376–382, 2008.
- PONTES-, O.M. et al. Brazilian guidelines for the manegement of intracerebral hemorrhage. **Arq Neuropsiquiatr.** v.67:940-950, 2009.
- POULIOT, M.C. et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissues accumulation and related cardiovascular risk in men and women. **Am J Cardiol.** v.73, n. 7, p. 460–468, 1994.
- PORTAL DA SAÚDE – SUS; DATASUS 2015. Hiperdia: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 11 maio 2015.
- PREIS, S.R. et al. Early-Adulthood Cardiovascular Disease Risk Factor Profiles Among Individuals With and Without Diabetes in the Framingham Heart Study. **Diabetes Care.** ahead of print Epub. 22 jan 2013.
- RIBEIRO, Amanda Gomes et al. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 7-17, Jan. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Maio 2015.
- RODRIGUES, T. C.; CANANI, L. H.; GROSS, J. L. Síndrome metabólica, resistência à ação da insulina e doença cardiovascular no diabete melito tipo 1. **Arq. Bras. Cardiol.**, Porto Alegre, v. 94, n. 1, p. 134-139, jan. 2010.
- SANTOS, A. L. T. et al. Análise crítica das recomendações da Associação Americana de Diabetes para doença cardiovascular no diabetes melito. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 657-666, jul. 2009.

SCHMIDT, M.I. et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**. v.377, n. 9781, p.1949-61, 2011.

SESSO, R. L. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 233-238, dez. 2008.

SIQUEIRA, A. F. A.; PITITTO, B. A.; FERREIRA, S. R. G. Doença cardiovascular no diabetes mellitus: análise dos fatores de risco clássicos e não-clássicos. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 257-267, mar. 2007.

SOARES, A. L. et al. Alterações do sistema hemostático nos pacientes com diabetes melito tipo 2. **Rev. Bras. Hematol. E Hemoter.**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 482-488, ago. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, IV Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**. v.88, (Supl.1), p. 1-19, 2007.

TUOMILEHTO J et al. for the Finnish Diabetes Prevention Program. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in life style among subjects with impaired glucose tolerance. **N Engl J Med**. v.344, p.1343-1350, 2001.

VANDRESEN, L. T. S. et al. Níveis glicêmicos de pacientes diabéticos segundo estudo comparativo entre duas técnicas. **Rev. Ciênc. Farm. Básica. Apl.**, Maringá, v. 30, n. 1, p. 111-113, maio 2009.

WAJCHENBERG, B. L. et al. Cardiovascular disease in type 1 diabetes mellitus. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 387-397, mar. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. World Health Statistics 2012: noncommunicable diseases: a major health challenge of the 21st century. 2012. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 101, n. 4, p. 1-20, 2013.

ZANATTA, C. M. et al. Papel do sistema endotelina na nefropatia diabética. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 581-588, jun. 2008.