AFYA FACULDADE PORTO NACIONAL - TO
CURSO DE MEDICINA

KAMILLA CAETANO COSTA LEMOS
MYLENE TEIXEIRA BARBOSA
VICTOR OSSAMU YUHARA

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO PILAR ESTRATÉGICO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

PORTO NACIONAL-TO
2025

KAMILLA CAETANO COSTA LEMOS
MYLENE TEIXEIRA BARBOSA
VICTOR OSSAMU YUHARA

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO PILAR ESTRATÉGICO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Medicina da AFYA Faculdade Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Orientador: Fabrícia Gonçalves Amaral Pontes

PORTO NACIONAL-TO
2025

KAMILLA CAETANO COSTA LEMOS
MYLENE TEIXEIRA BARBOSA
VICTOR OSSAMU YUHARA

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO PILAR ESTRATÉGICO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Medicina da AFYA Faculdade Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Documento assinado digitalmente
gov.br
FABRICIA GONCALVES AMARAL PONTES
Data: 28/11/2025 20:55:21-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Aprovado em: 18 / 11 / 2025

Professor: Fabrícia Gonçalves Amaral Pontes
AFYA Faculdade Porto Nacional

Documento assinado digitalmente
gov.br
CYNARA MONTEIRO CORREA
Data: 28/11/2025 22:46:41-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Professor: Cynara Monteiro Corrêa
AFYA Faculdade Porto Nacional

Maria de Jesus Gama Lima Strasser

Professor: Maria de Jesus Gama Lima Strasser
AFYA Faculdade Porto Nacional

PORTO NACIONAL-TO
2025

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, representando um grave problema de saúde pública. Essas doenças estão associadas a fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, tabagismo, obesidade e alimentação inadequada, e também a determinantes sociais, como desigualdades socioeconômicas e acesso limitado aos serviços de saúde. Nesse contexto, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) e a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenham papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de agravos e manejo das DCV por meio de acompanhamento contínuo, educação em saúde e ações interdisciplinares. **Objetivo:** Analisar a importância da MFC na prevenção e manejo das doenças cardiovasculares na Atenção Básica, identificando os impactos das ações multiprofissionais na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida da população. **Metodologia:** Este estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, será realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Porto Nacional (TO). A coleta de dados será feita por meio de questionários aplicados aos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Os dados quantitativos serão tratados por estatística descritiva e os qualitativos analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. **Resultados Esperados:** Espera-se evidenciar a relevância da MFC na redução dos fatores de risco cardiovasculares, das complicações e das internações evitáveis. Além de identificar fragilidades na organização da APS, aprimorando estratégias para melhorar as ações preventivas e contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Doenças Cardiovasculares. Medicina de Família e Comunidade. Prevenção. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases (CVDs) are the leading causes of morbidity and mortality in Brazil and worldwide, representing a serious public health problem. These diseases are associated with modifiable risk factors, such as a sedentary lifestyle, smoking, obesity, and inadequate nutrition, as well as social determinants, such as socioeconomic inequalities and limited access to health services. In this context, Family and Community Medicine (FCM) and Primary Health Care (PHC) play a fundamental role in health promotion, disease prevention, and management of CVDs through continuous monitoring, health education, and interdisciplinary actions. **Objective:** To analyze the importance of FCM in the prevention and management of cardiovascular diseases in Primary Care, identifying the impacts of multidisciplinary actions on health promotion and improving the population's quality of life. **Methodology:** This descriptive study, with a quantitative and qualitative approach, will be conducted in Basic Health Units (UBS) in Porto Nacional, Tocantins. Data collection will be conducted through questionnaires administered to Family Health Strategy professionals. Quantitative data will be analyzed using descriptive statistics, and qualitative data will be analyzed using content analysis. **Expected Results:** The aim is to demonstrate the relevance of FCM in reducing cardiovascular risk factors, complications, and preventable hospitalizations. It will also identify weaknesses in the organization of PHC, improving strategies to enhance preventive actions and contributing to the strengthening of public health policies.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Family and Community Medicine. Health Promotion. Prevention. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA 9
1.2 HIPÓTESE 9
1.3 JUSTIFICATIVA 10
2 OBJETIVOS **11**
2.1 Objetivo Geral 11
2.2 Objetivos Específicos 11
3 REFERENCIAL TEÓRICO **11**
3.1 Doenças Cardiovasculares (DCV): panorama geral 11
3.2 Determinantes sociais e estilo de vida relacionados às Doenças Cardiovasculares (DCV) 13
3.3 Desafios enfrentados pela Medicina de Família e Comunidade no cuidado cardiovascular 14
3.4 Prevenção e manejo das Doenças Cardiovasculares (DCV) na Atenção Primária à Saúde (APS) 15
3.5 Impactos da atuação da Atenção Primária à Saúde e Medicina de Família e Comunidade nas Doenças Cardiovasculares 16
4 METODOLOGIA **18**
4.1 Desenho do estudo 18
4.2 Local e período de realização da pesquisa 18
4.3 População e amostra 18
4.4 Critérios de inclusão 18
4.5 Critérios de exclusão 18
4.6 Variáveis 19
4.7 Instrumentos de coleta de dados, estratégias de aplicação, análise e apresentação dos dados 19
4.8 Aspectos éticos 19
5 DELINEAMENTO DA PESQUISA **20**
6 ASPECTOS ÉTICOS **20**
6.1 Riscos 20
6.2 Benefícios 21
6.3 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa 21
7 DESFECHO **22**
7.1 Desfecho primário 22
7.2 Desfechos secundários 22
8 CRONOGRAMA **23**
9 ORÇAMENTO **24**
10 REFERÊNCIAS **25**
APÊNDICE **29**

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV), mundialmente, são consideradas um desafio para a saúde pública, aumentando de forma progressiva a cada ano. Estas patologias classificam-se como um tipo de doença crônica não transmissível (DCNT), as principais complicações são: cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais (AVC), insuficiência renal crônica (IRC) e insuficiência cardíaca (IC) (SBC, 2010; OPAS, 2020). Dessa forma, são necessárias medidas para promoção de cuidado, prevenção de DCV e tratamento de forma adequada e igualitária para todos os indivíduos.

Além disso, as Doenças Cardiovasculares são marcadas pelo contexto socioeconômico que impactam diretamente no conhecimento sobre essas patologias e sobre o manejo terapêutico. Nessa perspectiva, fatores como obesidade, sedentarismo, urbanização acelerada, envelhecimento populacional e maus hábitos de vida contribuem de modo direto para a persistência do problema. (BRASIL, 2022)

Nesse sentido, no Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) também se destacam entre as DCNT, uma vez que 72% das mortes no país resultam de DNC, sendo 30% devidas a DCV (OLIVEIRA et al, 2024). Além disso, os gastos de saúde pública no país com doenças cardiovasculares corresponderam a cerca de R$563 milhões nos primeiros oito meses de 2022 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Assim, é evidente que essas estatísticas de mortalidade e de gastos referentes às DCV são bastante relevantes e exigem a melhoria das estratégias da Atenção Primária à Saúde (APS) para amenizar essa questão de saúde pública nacional.

Seguindo os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica funciona cuidando tanto do paciente, como de sua família e comunidade, utilizando o cuidado integral, contínuo e focando na humanização e equidade (BRASIL, 2006). Dessa maneira, a APS é a porta de entrada para o sistema de saúde, além de realizar a promoção de saúde e prevenção de doenças também é responsável por ações de proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde (Silva *et al*., 2021). Não obstante, o manejo, a gestão e a prevenção de DCV, assim como de outras doenças não transmissíveis, se combinados com diversos recursos

encontrados em um sistema eficaz de atenção primária à saúde caracterizam-se como uma importante estratégia para reduzir a carga de DCV em países em desenvolvimento (Rasella *et al.*, 2020), do mesmo modo que o aumento de investimentos na APS também contribuem para a diminuição das taxas de mortes evitáveis (Greer *et al.,* 2016).

Nessa lógica, existem instrumentos utilizados para melhorar os atendimentos voltados para os problemas cardíacos na Atenção Básica, assim como reduzir o número de hospitalizações. Sendo uma dessas ferramentas o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), criado em 2002 pelo Ministério da Saúde (MS), que reorganiza os serviços primários e cria estratégias por meio de ações educativas, estímulo à realização de atividades físicas, consultas médicas agendadas e entrega de medicamentos. Entretanto, ainda é necessária a implementação de outros recursos na APS para reduzir as DCV na população, já que ainda são altas as taxas de mortalidades por causas cardiovasculares. (Freitas *et al*., 2021)

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Como a Atenção Básica em Porto Nacional (TO) contribui para a prevenção e manejo das doenças cardiovasculares em pacientes diagnosticados e com fatores de risco predisponentes para a doença?

1.2 HIPÓTESE

H0: A atuação da Medicina de Família e Comunidade não tem impacto significativo na prevenção, controle e acompanhamento de pacientes com doenças cardiovasculares.

H1: A atuação da Medicina de Família e Comunidade contribui de forma significativa para a prevenção, controle e acompanhamento de pacientes com doenças cardiovasculares.

1.3 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morbimortalidade no Brasil, exercendo forte impacto na comunidade atendida pela Atenção Básica. Nesse sentido, a elevada prevalência de fatores de risco, como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, tabagismo e sedentarismo faz com que grande parte das consultas esteja voltada ao manejo e acompanhamento dessas condições, gerando sobrecarga assistencial e necessidade de acompanhamento contínuo. Além disso, os desfechos relacionados às doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, acarretam incapacidades físicas, laborais e altos custos sociais e econômicos.

Diante disso, a pesquisa com base nos dados obtidos têm como princípio entender o papel da Medicina de Família e Comunidade (MFC) na prevenção de doenças cardiovasculares. Nota-se que a MFC proporciona cuidados de saúde integrais, contínuos e abrangentes, focados no paciente e na família, com uma visão que se estende à comunidade, além de ser composta por uma equipe de colaboradores que são capacitados para as demandas necessárias em cada região. Dessa forma, a abordagem dessa questão se faz cada vez mais relevante socialmente para entender como a Atenção Primária opera diante dos casos de Doenças Cardiovasculares e os contratempos vividos na Unidade Básica de Saúde.

Sob essa perspectiva, torna-se fundamental estudar esses aspectos, principalmente, em decorrência dos novos casos de DCV, além de realizar a prevenção necessária para que esses dados não se intensifiquem. Desse modo, observa-se a importância da estratégia de saúde e família na redução da mortalidade precoce, da sobrecarga do sistema de saúde local e na promoção de hábitos saudáveis, devido à grande prevalência das doenças cardiovasculares no contexto da atenção primária no Brasil, inclusive no município de Porto Nacional-TO.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a importância da Medicina de Família e Comunidade na prevenção e no manejo das doenças cardiovasculares na Atenção Básica, identificando seus impactos na promoção da saúde, redução de fatores de risco e melhoria da qualidade de vida da população.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as estratégias de prevenção primária e secundária utilizadas pela Medicina de Família e Comunidade no cuidado aos pacientes com risco cardiovascular.

- Discutir os impactos locais da prevenção cardiovascular na diminuição da morbimortalidade, na redução de internações evitáveis e nos custos sociais e econômicos.

- Destacar o papel da equipe multiprofissional da Atenção Básica na implementação de intervenções voltadas à prevenção e ao manejo das doenças cardiovasculares.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Doenças Cardiovasculares (DCV): panorama geral

As doenças cardiovasculares (DCV) compreendem um conjunto de agravos que afetam o coração e os vasos sanguíneos, sendo responsáveis por elevada morbimortalidade em todo o mundo. Assim, entre as principais condições destacam-se a cardiopatia isquêmica, a insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial sistêmica e os acidentes vasculares cerebrais (AVC). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCV são responsáveis por aproximadamente 17,9 milhões de mortes anuais, o que representa cerca de 32% de todos os óbitos no planeta (WHO, 2021).

No Brasil, as DCV ocupam posição de destaque entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Segundo dados recentes do Ministério da Saúde (2022), aproximadamente 30% das mortes anuais no país decorrem de causas cardiovasculares, reforçando o impacto dessas patologias no cenário nacional. Além disso, as complicações decorrentes das DCV representam uma carga importante para o Sistema Único de Saúde (SUS), com custos elevados relacionados a internações, tratamentos de longa duração e reabilitação (BRASIL, 2022).

Os fatores de risco associados às DCV podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Entre os não modificáveis estão a idade, o sexo e a hereditariedade, enquanto entre os modificáveis destacam-se o tabagismo, a hipertensão arterial, a dislipidemia, o diabetes mellitus, o sedentarismo, a obesidade e a alimentação inadequada (SBC, 2019). A interação entre esses fatores contribui para a aceleração do processo aterosclerótico, base fisiopatológica central das principais doenças cardiovasculares (OPAS, 2017).

No contexto socioeconômico, observa-se que as DCV estão fortemente relacionadas às desigualdades sociais e ao processo de transição epidemiológica. Países de baixa e média renda, como o Brasil, concentram a maior parte das mortes prematuras por causas cardiovasculares, devido à dificuldade de acesso a serviços de saúde, baixa adesão às políticas de prevenção e elevada prevalência de fatores de risco (Malta *et al.*, 2020). Assim, as DCV não se configuram apenas como uma questão biológica, mas também como um reflexo de determinantes sociais de saúde.

Diante desse panorama, torna-se evidente a necessidade de estratégias integradas que articulem prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo de pacientes com risco cardiovascular. A atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Medicina de Família e Comunidade (MFC) surge como eixo fundamental para a redução da morbimortalidade, visto que possibilita o acompanhamento longitudinal do paciente e da comunidade, além de promover hábitos de vida saudáveis e reduzir complicações decorrentes das doenças cardiovasculares (Rasella *et al*., 2014; Greer *et al.*, 2016).

3.2 Determinantes sociais e estilo de vida relacionados às Doenças Cardiovasculares (DCV)

As doenças cardiovasculares (DCV) estão relacionadas a determinantes sociais da saúde no que tange ao risco de adoecimento e à capacidade de prevenção da população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que fatores como renda, escolaridade, condições de moradia, trabalho e acesso a serviços de saúde têm impacto direto na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2021). No Brasil, as desigualdades sociais contribuem para a elevada carga das DCV, sobretudo em populações com menor nível socioeconômico e menor acesso à Atenção Primária à Saúde (Malta *et al*., 2020).

O estilo de vida desempenha papel central no desenvolvimento e progressão das DCV. Fatores como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo e consumo excessivo de álcool estão entre os principais hábitos que aumentam o risco cardiovascular (SBC, 2019). A urbanização acelerada e as mudanças no padrão alimentar, com maior consumo de alimentos ultraprocessados e ricos em sódio e gorduras saturadas, potencializam ainda mais esse cenário (Polanczyk, 2020). Dessa forma, a transição nutricional e comportamental contribui diretamente para o crescimento das doenças crônicas no país.

A obesidade, frequentemente associada ao sedentarismo e à alimentação inadequada, é um dos mais evidentes fatores de risco modificáveis para DCV. Estudos apontam que o excesso de peso está relacionado ao aumento da pressão arterial, dislipidemias e resistência insulínica, elementos que compõem a síndrome metabólica e aceleram o processo aterosclerótico (Souza *et al*., 2025). Outro aspecto relevante é o envelhecimento populacional, que contribui para o aumento da prevalência de doenças cardiovasculares. Com o avanço da idade, ocorre maior probabilidade de acúmulo de fatores de risco, alterações fisiológicas e maior exposição a determinantes sociais desfavoráveis (OPAS, 2017). Nesse sentido, o perfil demográfico brasileiro, marcado pelo aumento da expectativa de vida e pela redução da natalidade, demanda maior atenção às estratégias de prevenção em saúde, sobretudo na APS.

Portanto, a integração entre intervenções clínicas, promoção de saúde e ações comunitárias possibilita reduzir desigualdades e fortalecer o enfrentamento das doenças crônicas no país (Da Silva, 2021). Assim, a abordagem intersetorial e a atuação da Medicina de Família e Comunidade são fundamentais para o controle sustentável das DCV.

3.3 Desafios enfrentados pela Medicina de Família e Comunidade no cuidado cardiovascular

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) enfrenta desafios no cuidado cardiovascular devido a fatores como infraestrutura precária e falta de profissionais de apoio, que dificultam o atendimento e a gestão da saúde, especialmente em relação aos fatores de risco como tabagismo, dieta inadequada e sedentarismo (Dantas, 2016). Quanto à falta de recursos, destaca-se a restrição de equipamentos, medicamentos básicos e exames nas unidades de saúde, assim como o número reduzido de profissionais de apoio, como enfermeiros e agentes comunitários, comprometem a qualidade do atendimento e a capacidade da Atenção Primária à Saúde (APS) de resolver problemas cardiovasculares. A persistência dos fatores de risco cardiovasculares também contribuem para a permanência desses desafios vivenciados na atenção básica à saúde (Rasella *et al*., 2014).

A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, como tabagismo, colesterol elevado, hipertensão, obesidade, estresse e diabetes, exige uma abordagem contínua e integrada. A promoção de um estilo de vida saudável é crucial, mas a MFC enfrenta dificuldades para implementar e monitorar essas mudanças de forma eficaz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Observa-se ainda, uma inadequação quanto ao direcionamento do cuidado, não estando de acordo com as necessidades e dentro da realidade do contexto socioeconômico, o que leva a uma baixa adesão ao tratamento (Figueiredo D.C.M.M. *et al.*, 2018). Ressalta-se que a maioria da população desconhece os fatores de risco para DCV, o que evidencia uma preocupação quanto à promoção de saúde adequada (Cardoso *et al*, 2020).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) foi desenvolvendo estratégias, de forma mais marcante e visível na primeira década do século, com intuito de melhorar a assistência prestada na atenção primária à saúde, viabilizando os programas instaurados que vão de encontro aos problemas de saúde da população, como o HIPERDIA. Entretanto, ainda assim, a atenção primária à saúde não dispõe de todos os recursos necessários, e de profissionais que contribuam de forma efetiva para o bom funcionamento do que rege os programas (Cecilo, 2018).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) juntamente com a Diabetes Mellitus (DM) compõem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde e são os principais fatores de risco para as DCV (Polazovck, 2020). Diante disso, infere-se que de 60 a 80% dos casos de DCV, podem ser tratados na AB por meio do programa HiperDia, este sistema gera informações para os profissionais e gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e MS, quando são efetivos, reduzem as internações e complicações da doença, assim como traz a chance de uma vida com mais qualidade de saúde (Silva J.V.M., *et al.*, 2015).

Logo, é evidente a escassez de insumos necessários para implementar o que prevê os planos e diretrizes impostas para a AB no cuidado aos pacientes com DCV, pois os mesmos precisam de cuidados extensos, avaliações específicas e acompanhamento. (Camobell, 2022)

3.4 Prevenção e manejo das Doenças Cardiovasculares (DCV) na Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária de Saúde (APS) representa a base organizacional dos sistemas de saúde modernos, sendo responsável pelo primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde. Com práticas fundamentadas na integralidade e equidade, a APS visa atender de forma contínua e regionalizada as necessidades de saúde das comunidades (Brito *et al.*, 2024).

A APS desempenha um papel crucial, possibilitando a detecção precoce de fatores de risco e implementando ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. Doenças como diabetes, hipertensão e obesidade configuram

desafios para os sistemas de saúde, sendo frequentemente associadas à complicações cardiovasculares e respiratórias (Ribeiro *et al*., 2015).

O Ministério da Saúde implementou a Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV), um conjunto de ações integradas que visa qualificar a APS no manejo das DCV. A ECV segue etapas específicas: análise situacional do território, definição de ações estratégicas adaptadas às necessidades locais, organização das equipes de saúde, implementação de melhorias e monitoramento contínuo dos indicadores de saúde (Gsso 2018). Ademais, há o apoio de sistemas como o e-SUS APS e o Sisab para acompanhar esses dados e aprimorar a gestão da atenção básica (BRASIL, 2022).

Além disso, diversos projetos complementam essas ações, como o Projeto de Suporte ao Atendimento de Condições Crônicas, que utiliza ferramentas digitais para apoiar a decisão clínica, oferece conteúdos educativos sobre doenças como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) e promove teleconsultorias especializadas (BRASIL, 2022). As Linhas de Cuidado, criadas com o Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde, orientam o percurso do usuário na rede de saúde para o manejo de condições como HAS, diabetes e AVC (BRASIL, 2022).

3.5 Impactos da atuação da Atenção Primária à Saúde e Medicina de Família e Comunidade nas Doenças Cardiovasculares

Dada a elevada complexidade e relevância das DCV no contexto da APS, considerando o fato de que essas doenças são a principal causa de morte no Brasil, torna-se evidente a urgência de fortalecer as estratégias de prevenção, detecção precoce e manejo dessas condições (BARBOSA, 2022). Considerando que a APS é a principal referência de saúde e coordenação do cuidado de grande parte da população brasileira, ela possui posição estratégica para executar essas ações. Dessa forma, além de garantir acesso a exames e medicamentos necessários, é necessário qualificar as equipes multidisciplinares que atuam nesses contextos e promover ações que busquem engajar a comunidade a aderir hábitos de vida saudáveis (Funcke *et al.*, 2025).

Dessa forma, por meio da portaria MG/MS nº 3.008 de 4 de novembro de 2021, publicada em 5 de novembro de 2021 no Diário Oficial da União, foram instituídos os seguintes eixos de ações a serem incentivadas: promoção e prevenção de DRC no âmbito de APS, educação em saúde e capacitação dos profissionais e gestores, rastreamento com estratificação do risco cardiovascular e diagnóstico precoce, fortalecimento dos processos de gestão e fomento à produção de pesquisa em DCV (BRASIL, 2021). Entre seus componentes estão a capacitação de equipes multiprofissionais, o uso de dispositivos automatizados validados para aferição da pressão arterial, e a ampliação do papel de profissionais não médicos no cuidado e o uso de sistemas digitais, como o Prontuário Eletrônico do Cidadão, para registro e acompanhamento dos pacientes. A iniciativa também orienta ações de promoção da alimentação saudável, prática regular de atividade física, controle do tabagismo e do etilismo, reforçando o papel da APS na prevenção e controle das DCV (Campbell, 2022).

A organização e o acolhimento nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) constituem fatores essenciais para o êxito das estratégias preventivas. Um acolhimento eficaz contribui para a redução das hospitalizações por insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, além de fortalecer o vínculo entre os pacientes e as equipes de saúde (Freitas, 2021).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido no município de Porto Nacional (TO). O estudo busca analisar a atuação da Medicina de Família e Comunidade (MFC) na prevenção e manejo das doenças cardiovasculares no contexto da Atenção Básica.

4.2 Local e período de realização da pesquisa

A pesquisa será realizada em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Porto Nacional-TO, sendo selecionadas duas UBS em cada uma das quatro macrorregiões (norte, sul, leste e oeste), de forma a garantir a representatividade territorial. A coleta de dados ocorrerá no período de março a maio de 2026.

4.3 População e amostra

A população do estudo será composta por profissionais da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e demais integrantes) que atuam diretamente no acompanhamento de pacientes com risco ou diagnóstico de doenças cardiovasculares.

A amostra será definida por conveniência, contemplando os profissionais dispostos a participar nas UBS selecionadas.

4.4 Critérios de inclusão

- Profissionais da equipe multiprofissional que atuem há pelo menos seis meses na UBS selecionada.
- Profissionais diretamente envolvidos no acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e demais fatores de risco cardiovasculares.

4.5 Critérios de exclusão

- Profissionais em período de férias, licença médica ou afastamento durante a coleta de dados.

- Profissionais que não aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.6 Variáveis

Serão investigadas variáveis relacionadas à prevenção e manejo das DCV na Atenção Básica, como:

- Ações de promoção da saúde cardiovascular.
- Estratégias de prevenção primária e secundária.
- Papel da equipe multiprofissional no acompanhamento de pacientes.
- Percepção dos profissionais sobre desafios e limitações da APS.
- Impacto percebido no controle das DCV, redução de internações e melhoria da qualidade de vida da comunidade.

4.7 Instrumentos de coleta de dados, estratégias de aplicação, análise e apresentação dos dados

A coleta de dados será realizada por meio de questionários estruturados e semiestruturados aplicados presencialmente aos profissionais das UBS. Os dados quantitativos obtidos no questionário serão organizados em planilhas e submetidos à análise descritiva, com apresentação em forma de tabelas e gráficos. Já os dados qualitativos obtidos nas respostas abertas dos questionários serão submetidos à técnica de análise de conteúdo de Bardin, permitindo identificar categorias temáticas relacionadas ao objeto do estudo.

Os resultados serão apresentados em forma de quadros, tabelas e gráficos, discutidos à luz da literatura científica pertinente.

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa seguirá as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes serão convidados a participar de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo anonimato e confidencialidade. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição para apreciação e aprovação antes do início da coleta.

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Nesse sentido, trata-se de um estudo com delineamento descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. Quanto ao caráter descritivo, a finalidade é caracterizar as práticas, percepções e desafios enfrentados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Porto Nacional (TO). A vertente quantitativa envolverá o levantamento de informações numéricas obtidas por meio de questionários estruturados, os quais permitirão descrever a frequência e distribuição das ações realizadas pelas equipes de saúde. Já a vertente qualitativa será explorada por meio de questões abertas e análise de conteúdo das respostas dos profissionais da ESF, possibilitando compreender suas percepções sobre os desafios e as potencialidades da Medicina de Família e Comunidade na prevenção de doenças cardiovasculares.

O delineamento foi escolhido por se adequar ao objetivo central da pesquisa, analisar a importância da MFC na prevenção e manejo das DCV na Atenção Básica, identificando as estratégias aplicadas e os impactos percebidos pelos profissionais da saúde. Assim, o estudo buscará integrar dados objetivos e subjetivos, oferecendo uma visão abrangente sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na redução da morbimortalidade cardiovascular e na melhoria da qualidade de vida da população assistida.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um projeto que envolve pesquisa com seres humanos, esta será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), seguindo a resolução nº 466 de dezembro de 2012 que dispõe acerca do respeito à dignidade humana e proteção de participantes de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecendo diretrizes e normas. Sendo um processo fundamental, tendo em vista que se trata de uma pesquisa quali-quantitativa de campo, envolvendo o uso de dados obtidos por meio de um questionário digital.

6.1 Riscos

Como este estudo foi conduzido por meio de um questionário, os principais riscos identificados estão relacionados à invasão de privacidade e à quebra de

confidencialidade. No entanto, para minimizar esses riscos, os dados serão coletados de forma anônima e apenas pela equipe de pesquisa e as informações compartilhadas pelos participantes não serão associadas a suas identidades. Além disso, será realizada apenas com consentimento prévio e os participantes poderão recusar responder as perguntas ou encerrar sua participação a qualquer momento.

6.2 Benefícios

Os benefícios esperados envolvem os aspectos: científico, social e institucional. Cientificamente, a pesquisa contribuirá para ampliar o conhecimento sobre a atuação da Medicina de Família e Comunidade na prevenção e manejo das doenças cardiovasculares. Socialmente, poderá subsidiar melhorias na organização das ações da Atenção Básica e fortalecer políticas de promoção da saúde no município de Porto Nacional (TO). Além disso, o estudo poderá oferecer subsídios para melhoria da capacitação das equipes multiprofissionais e aprimoramento das práticas assistenciais voltadas ao controle das DCV, beneficiando a população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

6.3 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

1. Ausência de participantes que aceitem, voluntariamente, contribuir na coleta de dados para a pesquisa.
2. Intervenção do Comitê de Ética em Pesquisa para interromper a pesquisa devido a irregularidades éticas.
3. A manipulação imprópria ou a divulgação não autorizada dos dados encontrados, prejudicando a integridade da pesquisa.

Esses critérios asseguram a qualidade, a ética e a transparência do estudo, garantindo que a pesquisa seja realizada de maneira responsável e em conformidade com as diretrizes éticas e normativas.

7 DESFECHO

7.1 Desfecho primário

O desfecho primário deste estudo consiste em avaliar a contribuição da Medicina de Família e Comunidade (MFC) na prevenção e manejo das doenças cardiovasculares (DCV) no âmbito da Atenção Básica, identificando o impacto das ações multiprofissionais sobre a promoção da saúde e a redução de fatores de risco cardiovasculares. A análise buscará compreender de que maneira a atuação integrada das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) influência na melhoria da qualidade do cuidado, na adesão ao tratamento e na diminuição das complicações decorrentes das DCV entre os pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Porto Nacional (TO).

7.2 Desfechos secundários

Os desfechos secundários tem como intuito identificar as principais estratégias de prevenção primária e secundária adotadas pelas equipes de saúde, bem como avaliar a percepção dos profissionais sobre os desafios e limitações existentes na Atenção Primária para o controle das doenças cardiovasculares. Ademais, busca-se verificar o impacto da atuação multiprofissional tanto para evitar o aparecimento de DCV, intervindo para minimizar fatores de risco, quanto para reduzir as internações evitáveis. Além disso, também será de extrema relevância a análise das lacunas estruturais e organizacionais que possam interferir na efetividade das ações de prevenção cardiovascular, contribuindo para o delineamento de propostas de aprimoramento da prática assistencial e da gestão da APS.

8 CRONOGRAMA

Quadro 1 - Cronograma da pesquisa.

	2025					**2026 Após aprovação do CEP**				
ETAPAS	ago.	set.	out.	nov.	dez.	ago.	set.	out.	nov.	dez.
Escolha do tema	x									
Pesquisa bibliográfica	x	x	x							
Elaboração do Projeto	x	x	x	x						
Defesa do Projeto				x						
Submissão ao CEP					x					
Encontros com o(a) orientador(a)	x	x	x	x						
Seleção dos participantes				x						
Levantamento dos dados								x	x	
Análise dos Resultados									x	
Escrita do Artigo Científico									x	
Revisão do Artigo									x	
Defesa do Artigo									x	
Submissão/Publicação do Artigo									x	

Fonte: Elaborado pelos autores

9 ORÇAMENTO

Quadro 2 - Orçamento dos recursos gastos com a pesquisa.

CATEGORIA: GASTOS COM RECURSOS MATERIAIS			
Itens	Quantidade	Valor Unitário R$	Valor Total R$
Resma de folha de A4 chamex Office de A4	1	24,00	24,00
Impressões	3	25,00	75,00
Canetas	3	2,50	7,50
Lembrancinhas para a banca avaliadora	3	50,00	150,00
Publicação do Artigo	1	150,00	150,00
Combustível	10L	6,20	62,00
CATEGORIA: FINANCIONAMENTO TOTAL DA PESQUISA			
Categorias			Valor Total R$
Gastos com recursos materiais			468,50
Valor Total:			468,50

Fonte: Elaborado pelos autores

Todas as despesas previstas serão cobertas por financiamento próprio.

10 REFERÊNCIAS

AL-KHATEEB, S. A. et al. Validity and reliability of an adapted questionnaire measuring familial hypercholesterolaemia knowledge, awareness and practice among primary care physicians in Malaysia. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 20, n. 359, 2020. DOI: 10.1186/s12872-020-01845-y

ARSLANTAS, D. et al. Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (CARRF-KL) Scale: a reliability and validity study. **Anatolian Journal of Cardiology**, v. 8, n. 5, p. 353-359, 2008.

BARBOSA, Tayane Pereira; SOUSA, Layane de Oliveira; SILVA, Lívia Sousa da; SANTANA, Maria Eduarda Nascimento; MENDES, Maria Victória Santos; SILVA, Mariana de Sousa. O papel da Atenção Primária na prevenção de doenças cardiovasculares: revisão narrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e391111233463, 2022

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo para profissionais e gestores: **Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde – ECV na APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Policy brief: redução do sódio em alimentos processados e ultraprocessados no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, Luana Mesquita et al. Prevenção de doenças crônicas no contexto da atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 3888-3910, 2024.

BOSTAN, C. L. et al. Adaptation and validation of the Heart Disease Fact Questionnaire (HDFQ) in Turkish. **Patient Preference and Adherence**, v. 13, p. 1455-1463, 2019.

CECILIO LCO, REIS AAC. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam! **Cad. Saúde Pública**. 2018

CAMPBELL, N.R.C. et al. 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: policy implications for the region of the Americas. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 9, p. 100219, 2022. doi: 10.1016/j.lana.2022.100219.

CARDOSO NE, et al. Fatores de risco cardiovascular modificáveis em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **REME. Rev Min Enferm**. 2020

DANTAS RCO, et al. Determinantes do controle da pressão arterial em homens assistidos na atenção primária à saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – 2016

DA SILVA, Diorges Boone et al. Enfrentamento das doenças cardiovasculares na atenção básica: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5636-e5636, 2021

FIGUEIREDO DCMM, et al. Qualidade do cuidado na Atenção Básica no Brasil: a visão dos usuários. **Rev Bras Enferm** [Internet. 2018

FREITAS, João Victor Teixeira de; CARVALHO, Ana Beatriz Souza de; SENA, Flávia Maria Costa; ISAÍAS, Geórgia Alves Brito; GUEDES, Idrys Henrique Leite; NASCIMENTO, Maria Eduarda Mesquita do; SENA, Bruna Aderita Cortez de. Importância do acolhimento para a prevenção de doenças cardiovasculares na Atenção Primária à Saúde. **Editora Acadêmica Periódico JS**, v. 1, n. 2, p. 131-140, 2021

FUNCKE, Paula; AZEVEDO, Helena; PONTELLO, Georgia; ARAUJO, Eduarda; MONTEIRO, Carla; PEREIRA, Ingrid; MARTINS, Karine; VIEIRA, Rebeca; BITENCOURT, Maria; CARVALHO, Renata. **Doenças cardiovasculares na atenção primária: epidemiologia, desafios e estratégias no Sistema Único de Saúde**. 2025. DOI: 10.59290/978-65-6029-248-2.9

GARCÍA, A. A. et al. Questionnaire on Knowledge of Cardiovascular Risk Factors (Q-FARCS): validity and reliability of the Brazilian version. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 748-755, 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000500008

GOMES, V. B. et al. HIPER-Q: Development and validation of a questionnaire on knowledge of hypertension for patients in primary care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 593-600, 2014.

GREER, S. et al. County health factors associated with avoidable deaths from cardiovascular disease in the United States, 2006 2010. **Public Health Reports**, v. 131, n. 3, p. 438-448, 2016

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Luiz Humberto (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 2 v.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares segundo o sistema de informação sobre mortalidade e as estimativas do estudo da carga global de doenças no Brasil, 2000-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, p. 152-160, 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças cardiovasculares: principal causa de morte no mundo pode ser prevenida. **Portal do Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 28 set. 2022

OLIVEIRA, G. M. M. BRANT, L. C. C.; POLANCZYK, C. A.; BIÓLO, A.; NASCIMENTO, B. R.; MALTA, D. C.; SOUZA, M. F. M.; et al. Estatística Cardiovascular - Brasil 2023. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 121, n. 2, e20240079, 2024

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: construindo uma agenda regional**. Washington, D.C.: OPAS, 2020

POLANCZYK, Carisi Anne. Epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil: a verdade escondida nos números. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, n. 2, p. 161-162, 2020

RASELLA, D.; HARHAY, M. O.; PAMPONET, M. L.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, London, v. 349, p. g4014, 2020

RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 7-17, 2015.

SILVA, Diorges Boone da; NOGUEIRA, André Luiz Freitas; RODRIGUES, Gabriela Tavares; MOURA, Heriederson Sávio Dias; SILVA, Anderson Lima

Cordeiro da; FERNANDES, Idonilton da Conceição; OLIVEIRA, Edney Bentes de; RODRIGUES, Monike Emyline Andrade; Mc COMB, Karine Garcêz; LOPES, Graciana de Sousa. Enfrentamento das doenças cardiovasculares na atenção básica: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. 1-9, 2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-77, 2010

SOUZA, Ingridy Christian Araújo de; SILVA, Vanessa Ferreira Belo da; LIRA, Isabela Regina Alvares da Silva; SILVA, Joyce Caroline da; BERNARDO, Rayane Vitória Fernandes; SILVA, Mayara Rodrigues dos Santos; DUARTE, Rafaela Moreira. **O papel da atenção primária na prevenção de doenças cardiovasculares.** *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 1, n. 7, p. 129-139, 2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: World Health Organization**, 2021. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvd)

APÊNDICES

- QUESTIONÁRIO - Medicina de Família e Comunidade na Prevenção de Doenças Cardiovasculares

  Este questionário tem como objetivo analisar a importância da Medicina de Família e Comunidade (MFC) na prevenção e manejo das doenças cardiovasculares (DCV) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). O instrumento utiliza a escala de Likert de 5 pontos para avaliar o grau de concordância ou frequência.

  Escala Likert:1-Nunca | 2-Raramente | 3-Ocasionalmente | 4-Frequentemente | 5-Sempre

  Ou, conforme aplicável: 1-Discordo totalmente | 2-Discordo | 3-Neutro | 4-Concordo | 5-Concordo totalmente

  Tempo estimado: 10 a 15 minutos.

  I - Perfil e Contexto Profissional

- 1. Função que exerce na UBS: ( ) Médico(a) ( ) Enfermeiro(a) ( ) 2. Tempo de atuação na APS: ( ) <1 ano ( ) 1-3 anos ( ) 4-6 anos ( ) >6 anos
- 3. Tempo na UBS atual: _____anos/meses
- 4. Região: ( ) Norte ( ) Sul ( ) Leste ( ) Oeste
- 5. Participou de capacitação sobre doenças cardiovasculares nos últimos 12 meses?

  II - Conhecimento e Estratégias de Prevenção das DCV

- 6. Tenho conhecimento suficiente sobre os fatores de risco modificáveis das doenças cardiovasculares (tabagismo, sedentarismo, obesidade etc.).
- 7. Sei diferenciar estratégias de prevenção primária e secundária em doenças cardiovasculares.
- 8. Entendo como aplicar o protocolo HIPERDIA e o e-SUS APS no acompanhamento de hipertensos e diabéticos.
- 9. As ações de educação em saúde realizadas pela minha equipe abordam adequadamente hábitos de vida saudáveis.
- 10. Acredito que a APS tem papel decisivo na redução da mortalidade por DCV em Porto Nacional-TO.

  III - Práticas Profissionais e Integração Multiprofissional

- 11. A equipe multiprofissional realiza reuniões para planejar ações de prevenção cardiovascular.
- 12. Médicos, enfermeiros e ACS compartilham informações sobre os mesmos pacientes com risco cardiovascular.

- 13. Realizamos visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com hipertensão ou diabetes.
- 14. A equipe incentiva sistematicamente mudanças de estilo de vida (alimentação, atividade física, cessação do tabagismo).
- 15. Há integração entre programas e linhas de cuidado (HAS, DM, Saúde do Idoso, ECV) na prática cotidiana.

IV – Impacto Percebido e Resultados na Comunidade

- 16. Percebo redução de internações evitáveis relacionadas às DCV na minha área de cobertura.
- 17. Os pacientes aderem às orientações fornecidas pela equipe sobre estilo de vida saudável.
- 18. A atuação da MFC contribui para melhoria da qualidade de vida e autocuidado da comunidade.
- 19. As ações da APS têm impacto mensurável na redução dos fatores de risco cardiovascular.
- 20. Acredito que o fortalecimento da MFC pode reduzir custos sociais e econômicos relacionados às DCV.