

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

Débora Posser Vieira

**PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR DE USUÁRIOS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Santa Maria, RS

2016

Débora Posser Vieira

**PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR DE USUÁRIOS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase em Atenção Básica, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/ESF.**

Orientadora: Profa Dra Maria Denise Schimith
Co-orientadora: Profa Me Tanise Martins dos Santos

Santa Maria, RS

2016

Débora Posser Vieira

**PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase em Atenção Básica, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/ESF.**

Aprovado em 29 de março de 2016:

Maria Denise, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Teresinha Heck Weiller, Dra (UFSM)

Sheila Kocourek, Dra (UFSM)

Santa Maria, RS
2016

RESUMO

PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

AUTORAS: Débora Posser Vieira

ORIENTADORA: Maria Denise Schimith

CO-ORIENTADORA: Tanise Martins dos Santos

O estudo teve como principal objetivo verificar o percentual de risco de desenvolver um Evento Cardiovascular (ECV) em dez anos com usuários da Unidade Básica de Saúde Walter Aita, Santa Maria/RS que referem ter Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM). Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva. Fizeram parte deste estudo, doze indivíduos com diagnóstico ou doença referida de HAS e/ou DM e que enquadraram-se nos critérios de inclusão. Para a realização do estudo foi utilizada a anamnese; o Escore de Framingham, que avalia a probabilidade de ocorrer um evento cardiovascular e a observação assistemática durante a realização das visitas domiciliares. A avaliação dos dados iniciou com a análise descritiva, sendo possível reconhecer o perfil dos entrevistados. No geral, todos apresentaram baixo risco de desenvolver um evento cardiovascular, tomam medicação contínua e relatam ter alimentação adequada. Ressaltou-se que a visita domiciliar e as ações de educação em saúde na atenção básica são de extrema valia. Notou-se a importância de os profissionais de saúde estarem realizando estas intervenções e empoderando os responsáveis por mudanças, mostrando os efeitos que estas causarão na sua saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Prevenção de Saúde; Evento Cardiovascular; Escore de Framingham.

ABSTRACT

HEALTH EDUCATION EVENTS IN SHARES OF CARDIOVASCULAR PREVENTION - EXPERIENCE REPORT

AUTHORS: Débora Posser Vieira; Natalhye Rossato Lorensi

ADVISOR: Maria Denise Schimith

CO-ADVISOR: Tanise Martins dos Santos

The study aimed to verify the risk percentage of developing a cardiovascular event (ECV) in ten years with users of the Basic Health Unit Walter Aita, Santa Maria / RS who reported having systemic arterial hypertension (SAH) and / or Diabetes Mellitus (DM). This is a descriptive qualitative research. Were part of this study, subjects diagnosed with or that of hypertension disease and / or diabetes and which framed up in the inclusion criteria. For the study we used the history and the score of Framingham, which evaluates the probability of a cardiovascular event and systematic observation while conducting home visits. The evaluation of the data began with the descriptive analysis, it is possible to recognize the profile of respondents. Overall, all presented low risk of developing a cardiovascular event, taking continuous medication and report having adequate food. It stressed that the home visits and health education activities in primary care are extremely valuable. It was noted the importance of health professionals are performing these interventions and empowering those responsible for changes, showing the effects that they cause in their health.

Keywords: Health Education; Health prevention; Cardiovascular event; Framminghan Score.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 MÉTODOS	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS.....	25

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são atualmente responsáveis pelo maior número de mortes em diversos países, independente da condição socioeconômica de cada. Este fato já é preocupante e só mostra que se devem redirecionar maiores cuidados para esta área já que segundo Goulart (2011), estudos sobre a temática permitem uma expectativa de indicativos de mortalidade e carga destas doenças para o futuro e mostram que as DCNT vão aumentar e continuar sendo o principal fator de mortalidade.

No Brasil as DCNT são o maior problema da saúde e correspondem a 72% do caso de mortes no país, atingindo principalmente a classe pobre e vulnerável (BRASIL, 2011). Essa predominância nas causas de mortalidade globalmente e o compartilhamento de seus fatores de risco com os de outras doenças crônicas nortearam a formulação de estratégias preventivas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005 para o enfrentamento das DCNT (DUNCAN *et al.*; 2012).

Cabe citar que há quatro principais grupos de DCNT, sendo elas doenças circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes. Referentes às doenças, há os fatores de risco em comum modificáveis: álcool, inatividade física, tabagismo e alimentação não saudável (BRASIL, 2011). O risco do sujeito desenvolver uma doença cardiovascular depende de fatores fisiológicos, genéticos e dos hábitos de vida. Os principais fatores de risco são modificáveis, como o tabagismo, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, sendo assim possível a sua prevenção.

Acredita-se que uma abordagem integrada destes fatores de risco favorecerá no tratamento e prevenção no grupo das quatro doenças e, conseqüentemente, trará benefícios para prevenir as demais doenças crônicas não transmissíveis. Portanto cabe ressaltar que conhecer estes fatores que propiciam um evento cardiovascular ajuda no planejamento de ações de promoção e prevenção de saúde.

As doenças cardiovasculares, pertencentes ao grupo de DCNT, são caracterizadas como uma das principais causas de mortalidade no Brasil e contribuem com um elevado

número de hospitalizações prolongadas devido à gravidade quando a doença já encontra-se em estado avançado. Diante a tais fatos é possível afirmar também que estes problemas são responsáveis pelos maiores recursos financeiros despendidos em hospitais públicos (CASTRO *et al.*, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, as DCV representam quase um terço dos óbitos totais e 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. No Sistema Único de Saúde (SUS), essas doenças foram responsáveis, em 2002, por mais de 1,2 milhões de internações, representaram 10,3% do total de internações e 17% dos gastos financeiros (ARAUJO e FERRAZ, 2005).

Dentre as DCV as que afetam mais brasileiros são: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e a insuficiência cardíaca. Em 2005 as doenças cerebrovasculares e isquêmicas foram responsáveis por 31,7% e 29,9% das mortes, respectivamente (BRASIL, 2008a). Neste mesmo ano a insuficiência cardíaca (25,4%), as doenças isquêmicas (18,4%), as doenças cerebrovasculares (16,8%) e a hipertensão (13,6%) se destacaram dentro do âmbito hospitalar, sendo as principais responsáveis pela mortalidade (BRASIL, 2008b).

Neste contexto, em 1948 foi iniciado um estudo, conhecido como *Framingham Heart Study*, que passou a identificar os principais fatores de risco para DCV. Este estudo iniciou com uma população sem doença, com o objetivo de usá-lo para a prevenção primária. Esta ferramenta é um escore de risco global, conhecido como Escore de Framingham (EF), que trata-se de uma escala que estima o risco que o indivíduo tem de desenvolver um evento cardiovascular maior (ECV), revelando o risco absoluto no período de dez anos, o que permite assim ações preventivas (BRASIL, 2006a; PIMENTA e CALDEIRA, 2014).

O EF utiliza leva em consideração a idade, colesterol LDL, colesterol HDL, diabetes, tabagismo, pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD). Para que se obtenham esses dados é necessário a realização de exames laboratoriais complementares, como a glicemia em jejum e o colesterol LDL e HDL. A partir da aplicação do instrumento, o risco cardiovascular pode ser classificado em três categorias: baixo (probabilidade menor de 10% de evento cardiovascular em dez anos), moderado

(probabilidade entre 10 e 20%) e alto (probabilidade maior que 20%) (BRASIL, 2006a; PIMENTA e CALDEIRA, 2014; SANTOS e MENDES, 2014).

Dentre as principais DCNT, enquadram-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para complicações como acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (BOING e BOING, 2007). No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HAS, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente, sendo seu aparecimento cada vez mais precoce visto que se estima que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (BRASIL, 2006a).

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo à prática regular de atividade física, alimentação saudável), que pode reduzir a PA bem como a mortalidade cardiovascular; e o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2006a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Manter a motivação do paciente em prosseguir o tratamento é talvez uma das batalhas mais difíceis que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso, embora não seja um problema exclusivo destes. Um dos fatores dificultantes pode ser a ausência de sintomas na HAS, pois segundo uma pesquisa apenas metade das pessoas sabem que têm a doença (SANTOS e LIMA, 2008).

Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabete, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

O DM é uma doença metabólica de múltipla etiologia, caracterizada por hiperglicemia crônica resultante da diminuição, falta e problemas na secreção ou absorção de insulina. Esta doença é considerada uma epidemia mundial e como responsáveis por essa epidemia podemos citar: a urbanização crescente; o estilo de vida cada vez mais sedentário; a alimentação inadequada, com alto consumo de *fast food*; e o envelhecimento populacional (BRASIL, 2006).

A prevalência de DM no Brasil é de 7,6% da população entre 30-69 anos, atingindo cifras próximas a 20% na população acima dos 70 anos. Cerca de 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico e 25% da população diabética não faz nenhum tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

No indivíduo diabético, o metabolismo da glicose não ocorre satisfatoriamente, gerando uma alta taxa de glicose no sangue. Em 1995 foi estimado que o DM atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025, atingirá 5,4% da população, o que equivalerá a aproximadamente 300 milhões de diabéticos (TOSCANO, 2004).

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2011) acredita-se que uma abordagem integrada dos fatores de risco favorecerá no tratamento e prevenção no grupo das quatro doenças e, conseqüentemente, trará benefícios para prevenir as demais doenças crônicas não transmissíveis. Devido a isso é preciso que o sistema de saúde enfrente este grande problema de maneira mais eficaz e que consiga atingir o maior número de indivíduos possível.

Partindo da percepção da alta morbidade devido o desenvolvimento de DCNT, se faz necessário implementar ações de promoção e prevenção em saúde, para que possa se controlar o desenvolvimento destas injúrias e também a modificação dos fatores de risco. Visto isso, inicialmente é preciso distinguir e compreender a linha tênue entre promoção e prevenção para, a partir, deste conhecimento planejar educação em saúde.

Em vista das singularidades e subjetividades de cada ser humano, a promoção de saúde vai se basear nestas diferenças para que os sujeitos e a coletividade ajam da maneira que lhe convém em vista na melhoria e manutenção de sua saúde, pois a mesma não atua sobre uma doença específica, mas em uma melhora geral da qualidade de vida (MELO *et al.*, 2009; PENTEADO E SERVILHA, 2004; SOUZA *et al.*, 2005).

Quando o assunto se refere à prevenção o objetivo principal é que não ocorra a evolução da desordem, desta forma, é necessário que o indivíduo tenha conhecimento sobre como funciona a injúria, e também quais são os mecanismos para seu controle ou para que a mesma seja evitada, buscando assim a redução da incidência e da prevalência de doenças. A prevenção ocorre na identificação de grupos de risco e suas ações referem-se a controlar ou modificar os fatores de risco (PENTEADO, 2004; SERVILHA 2004).

Tendo em vista as conceituações para promoção e prevenção em saúde, um meio

para que sejam extenuados e postos em prática estes conceitos é através da educação em saúde e para pensarmos em educação em saúde, é preciso compreender a saúde como um conceito amplo, não se referindo-se apenas à ausência de doença, mas também a um completo bem-estar físico e mental, alcançando assim uma boa qualidade de vida. Assim passa a se pensar de que maneira usar a própria saúde como uma ação educativa, pois abre assim um processo ensino-aprendizagem usando concepções de saúde e processo de saúde, buscando por meio de ações individuais e coletivas um nível desejável de saúde (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004; MELO *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2005).

Partindo deste histórico de alta prevalência de mortalidade em indivíduos com DCNT, principalmente de HAS e DM, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: ações de educação em saúde, em vista de modificações de hábitos, são capazes de reduzir o risco de desenvolver doenças cardiovasculares? A hipótese deste trabalho foi de que as ações em educação em saúde podem reduzir o risco de possíveis eventos cardiovasculares.

O estudo é um artigo de conclusão do curso do Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase em Atenção Básica, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM – RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/ESF.

Teve como objetivo geral verificar o percentual de risco de desenvolver um Evento Cardiovascular em dez anos com usuários da Unidade Básica de Saúde Walter Aita, Santa Maria/RS que referem ter Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. E como objetivos específicos: aplicar o Escore de Framingham aos usuários selecionados, estimando a probabilidade destes desenvolverem um Evento Cardiovascular e estratificar os resultados do Escore de Framingham do estudo, identificando os participantes que tenham risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

2 MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como um estudo qualitativo descritivo, que segundo Minayo (2010) a pesquisa qualitativa refere-se a questões muito particulares, com dados que não pode ou não deveria ser quantificado. Ela utiliza os significados, valores, motivos, atitudes, aspirações, crenças.

A pesquisa foi desenvolvida na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Walter Aita, na região leste do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Neste local percebe-se de um índice bastante significativo de frequentadores da unidade com DCNT. Outro motivo relevante é o fato dessas doenças terem fatores de riscos modificáveis, sendo importante a prevenção de doenças e a promoção de saúde, visando manter os casos controlados, evitando assim maiores problemas.

O projeto foi registrado na plataforma Brasil, encaminhado à apreciação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), CAAE 45725815.4.0000.5346. As intervenções foram desenvolvidas somente após aprovação.

Os convidados a fazerem parte da pesquisa, e que demonstraram interesse em participar, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O participante teve garantida sua autonomia para desistir da pesquisa a qualquer momento, como esclarecido no TCLE.

As informações coletadas no decorrer do estudo, assim como a identidade dos usuários participantes, foram mantidas de forma sigilosa, conforme citado no Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B) e sob responsabilidade das pesquisadoras responsáveis, sendo estas utilizadas somente para fins de estudo. Fizeram parte deste estudo, indivíduos com diagnóstico ou doença referida de HAS e/ou DM.

Para participarem da pesquisa foram levados em conta como critérios de inclusão terem referido ou apresentado o diagnóstico das doenças hipertensão arterial sistêmica ou diabetes melittus no prontuário; estar na faixa etária de 30 a 74 anos; estar no cadastro de hipertensão e/ou diabetes e ter retirado medicamento na unidade nos últimos seis meses. E excluídos os sujeitos que apresentaram dificuldades de comunicação e compreensão;

não apresentaram ou não realizaram exames laboratoriais, contendo colesterol LDL e HDL e glicemia em jejum; terem tido anteriormente ao estudo algum evento cardiovascular.

A pesquisa poderia apresentar como riscos algum tipo de desconforto físico ou emocional ao realizar os exames laboratoriais ou nas ações que foram propostas. Os participantes foram informados que se caso isso ocorre poderiam estar desistindo da pesquisa, porém o fato não aconteceu.

A primeira tentativa da busca pelos possíveis participantes foi através de ligações telefônicas para ser agendada uma visita domiciliar para ser apresentado o trabalho e feito o convite. Porém, este método foi falho, já que muitos telefones que constavam nos cadastros não existiam ou não eram da referida pessoa. Diante a tal problemática optou-se por fazer a busca ativa nas residências, fato que também não trouxe um número muito significativo de sujeitos. Isto explica-se devido ao curto tempo destinado a fazer esta busca, onde muitas casas não foram localizadas e até mesmo não visitadas devido ao término dos meses direcionados a busca; o clínico geral entrou em férias durante este período, tornando impossível a realização de mais pedidos de exames laboratoriais. Diante disso, acreditamos serem os principais impasses encontrados que não permitiram que fossem possíveis maiores inclusões.

Para a realização do estudo foram utilizados dois instrumentos, a anamnese (questionário para conhecer a individualidade dos sujeitos, composto por dados pessoais, sociodemográficos e história clínica) (APÊNDICE C) e o Escore de Framingham (ANEXO A e ANEXO B), que estima a probabilidade de ocorrer um evento cardiovascular, como um infarto do miocárdio, no período de dez anos. Foram realizadas observações assistemáticas durante as visitas domiciliares.

A pesquisa foi dividida em duas etapas, a pré-intervenção e intervenção. Na pré-intervenção foram determinados os meses de julho e agosto de 2015, após a aprovação do Comitê de Ética, no qual foi feito levantamento dos usuários cadastrados que retiraram medicamentos nos últimos seis meses, sendo abordados no domicílio e convidados a participar da pesquisa, desde que se enquadrassem nos critérios do estudo. Após o aceite deste convite, foi aplicada a anamnese, a qual serviu de base para o planejamento das ações de educação em saúde.

Estes sujeitos foram solicitados a realizarem os exames laboratoriais ou apresentarem os já realizados nos últimos seis meses, para continuarem na pesquisa. Quando se fez necessária a coleta de exames, os mesmos foram encaminhados pelo médico da própria unidade e realizados no mesmo local ou em laboratórios conveniados do SUS.

Posteriormente, o Escore de Framingham foi aplicado com todos os pré-selecionados; os que apresentaram risco de desenvolver um ECV foram convidados a participar das ações de educação em saúde por meio de visitas domiciliares. Todos os sujeitos que foram contatados aceitaram receber as visitas para abordarmos assuntos como a mudança de hábitos, fatores modificáveis.

A intervenção teve duração de quatro meses, de agosto a novembro de 2015, sendo composta por ações de educação em saúde tendo em vista sempre o usuário como protagonista. Como previsto, foram trabalhados os principais fatores de risco modificáveis que desencadeiam as DCNT. São eles: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. Para a abordagem destes assuntos foram montados pelas pesquisadoras alguns folders referentes aos assuntos (APÊNDICE D). Estes materiais foram preparados para serem distribuídos aos participantes com emprego de diversas imagens, utilização de linguagem simples e informações de fácil compreensão, visando assim o melhor entendimento de todos.

Os participantes foram visitados pelas pesquisadoras com periodicidade mensal. Cada mês da intervenção abordou um dos fatores de risco, sendo que as ações foram compostas por conversas não somente com os participantes da pesquisa como também com todos os residentes das casas. Durante esses quatro meses foram realizados em torno de quatro encontros por residência.

As visitas domiciliares foram realizadas pelas duas pesquisadoras de maneira organizada conforme a melhor disponibilidade dos participantes. Procurou-se ir pela manhã em torno de 9h até no máximo 11h em virtude do horário de almoço e no turno da tarde das 14h até aproximadamente 16h30min, porém os dias de visitas não foram agendados, sendo assim eles não sabiam o horário e o dia em que chegaríamos para realizar a intervenção.

A análise qualitativa, segundo Minayo (2010) é usada nos estudos da história e

relações dos indivíduos, das opiniões, crenças, percepções, resultado das interpretações que o homem faz referente a como vive, sente, pensa e como constrói seus artefatos e a si mesmo. Percebe-se ainda que a análise qualitativa é um conjunto de técnicas de análise das respostas dos sujeitos participantes dos estudos, que tem como objetivo suprir as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados (MOZZATO e GRZYBOVSKI, 2011).

A avaliação dos dados iniciou com a análise descritiva, na qual foi possível reconhecer o perfil dos entrevistados e a partir da análise pode ser avaliado quais os participantes mais predisponentes a desenvolver algum risco cardiovascular em dez anos.

Por meio desta análise o trabalho dividiu-se em duas categorias de pesquisa: ações de educação em saúde na prevenção de eventos cardiovasculares e o perfil de risco cardiovascular de usuários de uma unidade básica de saúde. Esta última será abordada a seguir.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a participação de 12 indivíduos, todos os participantes aceitaram fazer parte de todas as etapas da pesquisa. Além de não ter sido possível localizar e realizar a visita para todos os sujeitos diabéticos e hipertensos, os critérios de inclusão fizeram com que ocorressem perdas naqueles que foram abordados.

Por exemplo, nem todos convidados a participar possuíam os exames necessários e nem foram realizá-los, pois para a realização dos mesmos era preciso ir até a UBS no mínimo duas vezes. Outro critério que influenciou nas perdas foi a retirada de medicamentos nos últimos seis meses, pois neste período que compreendia os seis meses ocorreu falta de medicamentos para HAS e DM na unidade, fazendo com que os usuários retirassem nas farmácias populares.

Com estas informações observadas no decorrer do estudo ficou perceptível que o vínculo dos usuários com DCNT e a UBS ainda precisa ser fortalecida, pois se assim fosse ao menos as consultas médicas, exames e endereços seriam mais atualizados.

O grupo constituiu-se sete mulheres e cinco homens, com idade variada entre 35 anos e 74 anos. Três pessoas são divorciadas e nove casados. Quatro participantes referiram possuir diagnóstico de DM e todos possuíam HAS, dois eram fumantes. Quando questionados sobre o consumo de álcool oito disseram não consumir, um consome bebida alcoólica regularmente, um raramente faz uso e dois consomem regularmente nos finais de semana e festas. Sobre atividade física, somente dois participantes realizam algum tipo. Todas relataram comer verduras e hortaliças regularmente.

No colesterol LDL quatro pessoas apresentaram valores entre 100 e 129, cinco participantes valor menor que 100 e três pessoas com o colesterol LDL maior ou igual a 190. Já no colesterol HDL, seis sujeitos apresentaram os valores que variaram de 50 a 59, cinco colesterol maior ou igual a 60 e um pessoa com o colesterol HDL variando de 35 a 44.

Sobre a pressão arterial, os dados não tiveram grande variabilidade, todas estavam controladas, variando de 120/80 mmHg a 140/100 mmHg. A hipertensão é uma condição multifatorial característica por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), tendo como valor de referência PAS maior ou igual a 140 mmHg e PAD maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: doença cérebro-vascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica. De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente.

Como já comentado, por meio do escore foi possível medir o risco de desenvolver um evento cardiovascular, no qual os participantes da pesquisa apresentaram índices que variaram de 1% a 4%, 6%, 9%, 11%, 14%, 18% e, o mais elevado, 40%.

Diante a estes dados referidos, vale ressaltar que todos os participantes da pesquisa encontravam-se em uso contínuo de medicamentos, dentre eles os anti-

hipertensivos: maleato de enalapril (três), losartana potássica (dois), captopril (seis), besilato de anlodipino (um), atenolol (um), cloridrato de verapamil (um), cloridrato de propranolol (um); diuréticos: hidroclortiazida (HCTZ) (seis), furosemida (um); anticoagulantes: diosmina hesperidina (um), ácido acetilsalicílico (AAS) (três); analgésico: paracetamol (um), dipirona monoidratada (um); antidepressivo: cloridrato de fluoxetina (quatro), cloridrato de amitriptilina (um); ansiolíticos: diasepan (um), clonazepan (um); hormônio: levoid (um); antiglicêmico: cloridrato de metformina (cinco), insulina regular (cinco), insulina NPH (um),), glibenclamida (cinco); antilipídico: sinvastatina (cinco); protetor gástrico: omeprazol (dois).

De um modo geral, os 12 participantes da pesquisa apresentam bons hábitos alimentares cuidando o uso de gorduras e sal, procurando alimentar-se o máximo possível de alimentos naturais, consultando regularmente o médico da unidade básica, alguns participando do grupo de diabéticos e hipertensos oferecido pela unidade. O episódio de apenas um ser tabagista e nenhum fazer uso abusivo do álcool foi um resultado bastante positivo, pois outros sujeitos que eram fumantes relataram terem largado a substância após a descoberta da DM ou HAS.

O fato de todos morarem com outros familiares faz com que o restante da família também cuide mais da alimentação, da prática de atividades físicas, consultas regulares. De acordo com Lenzi, Venson e Pontarolo (2011), muitos indivíduos mostram-se dispostos a enfrentarem mudanças nos hábitos da família no geral, visando a busca de uma vida mais saudável de seus familiares, evitando posteriores problemas de saúde.

Embora todos tenham relatado estar ciente da importância de realizar alguma atividade física ao longo do dia, por mais leve que seja, apenas dois participantes relataram praticar (limpar o pátio, ir no mercado a pé). Este fato (a maioria dos participantes não praticarem atividades físicas) foi o maior ponto negativo encontrado entre os sujeitos, já que a atividade física esta entre os fatores modificáveis, contribuindo então para o menor índice de desenvolver um ECV.

Como já pronunciado, o método utilizado como intervenção foi educação em saúde através das visitas domiciliares à todos as pessoas que aceitaram participar do estudo. Desde a primeira visita o contato mais próximo com a realidade de cada um foi importante, pois todo o material utilizado nas ações foi elaborado voltado diretamente

para as necessidades que julgamos necessárias, assim como preparado tentando inserir ao máximo maneiras simples de cuidados e dispositivos presentes na própria comunidade, facilitando acessos e diminuindo a dependência dos serviços de saúde.

No ano de 2009, em Belo Horizonte, foi desenvolvida uma pesquisa com pacientes diabéticos, onde a visita domiciliar também foi o método utilizado e as autoras, Torres, Roque e Nunes (2011) relatam que esta abordagem foi escolhida para melhorar o controle da doença e proporcionar maior promoção de saúde entre os participantes, integrando a educação em saúde no cuidado domiciliar. Além disso, entendem que a visita domiciliar é um método efetivo para desenvolver ações preventivas, as condições e contextos familiares e os benefícios encontrados na comunidade para o enfrentamento da doença.

Durante as ações de educação em saúde nos 12 participantes do estudo julgou-se bastante importante a realização das visitas, pois foi possível observar fatos diferentes daquilo que foi relatado por eles, principalmente a alimentação, que segundo eles está sendo bem controlada, porém o fato de saberem que receberiam a nossa visita pode ser um motivo pelo qual os participantes tenham tomado mais cuidado na apresentação dos alimentos na cozinha e, por terem bastante acesso a informações, os relatos de como se alimentam também tenham sido mais coerentes.

Um caso onde isto fica explícito, por exemplo, é de uma dona de casa, 64 anos, casada, com hipertensão e hipotireoidismo, em uso de losartana, sinvastatina, fluoxetina, levoid, mora com o esposo e cuida do neto com bastante frequência. Relatou consumir frutas e verduras todos os dias da semana (frutas duas vezes ao dia e verduras uma vez por semana) e ter abolido do cardápio amidos, gorduras e frituras, porém em torno de umas duas visitas fomos sem avisar e quando chegamos ela estava fazendo bolo frito e pão, ocasiões que deixam a dúvida de até que ponto realmente ela cuida da alimentação.

Souza e Garnelo (2008) citam que situações como esta é comum acontecer na atenção básica e que estas problemáticas mostram a complexidade deste nível de atenção, deixando os esforços dos profissionais desta área pouco resolutivos.

Outro caso que foi bem importante e mostrou que, além de difícil e por vezes desmotivadora, a visita domiciliar aproxima o usuário distante do serviço e faz com que a pessoa volte seu cuidado um pouco mais para ela, tentando assim conscientizar sobre a

importância do cuidado contínuo e fazer uma reeducação de hábitos.

Pode-se tomar como exemplo uma participante do sexo feminino, 55 anos, casada, mora com o filho e o marido, tem hipertensão, hérnia de hiato e depressão que, ao pegar o resultado dos exames laboratoriais, observou que o colesterol LDL estava bastante alterado (285 mg/dl), fato que serviu de alerta e fez a paciente ir até a unidade procurar atendimento médico, já que pouco cuida da sua saúde, pois o marido tem sequelas de AVC sendo totalmente dependente. Ela sente dores nos braços e na coluna devido ao grande esforço realizado para prestar todo o atendimento necessário ao esposo. É atendida pela terapia ocupacional e sempre apresentou-se muito resistente quando o assunto é sua própria saúde. Não fuma, não bebe e não pratica atividades físicas.

Casos como este são comuns, muitas vezes há familiares doentes e o diabético/hipertenso é o cuidador, deixando por diversas vezes suas necessidades agravarem-se, não consultando regularmente, não atendendo assim suas demandas e fazendo com que chegue a pontos extremos, tornando-se assim mais difíceis de serem controlados.

Observou-se também um caso positivo em que a esposa de um participante participou junto das intervenções, mostrando grande interesse nos assuntos e estar bem ciente da importância dos cuidados com a saúde. Com isso, é visível perceber que as ações de educação em saúde abrangem não somente o alvo em si, mas também pessoas que estão ao seu redor e que com certeza estarão reproduzindo a aprendizagem e repassando as informações para demais indivíduos.

A educação em saúde bem desenvolvida tem o poder de estimular o sujeito, a família e toda uma comunidade buscarem mais informações, proporciona ir atrás de maior autonomia e autocuidado, tudo para beneficiarem-se e beneficiarem seus familiares. Acontece através do diálogo entre o educador e o educando (OLIVEIRA e SANTOS, 2011).

No geral, as ações de educação em saúde contemplaram os quatro fatores modificáveis, sendo abordadas através dos folders elaborados de acordo com as maiores necessidades dos indivíduos participantes e conforme o grau de escolaridade e condições financeiras, de um modo geral. Foram usadas explicações de fácil compreensão, muitas ilustrações e dicas de fácil acesso a serem seguidas.

Os assuntos abordados mais profundamente foram alimentação e atividade física e com o único participante tabagista e alcoolista foi dada a mesma importância para o tabagismo e álcool.

A pesquisa teve como facilidade o fácil acesso aos domicílios, boa aceitação dos sujeitos em participar e realizar o exame laboratorial, boa receptividade, apoio do médico da unidade para as solicitações dos exames, fácil acesso as informações para a confecção dos materiais utilizados. Como dificuldades pode-se dizer que a principal foi selecionar os participantes e conseguirmos contatar todos durante o período estipulado para esta ação. Outro fato que se pode ressaltar como dificuldade foi os dias chuvosos, pois não foram realizadas as visitas, já que foi tentado uma vez e notado a maior resistência das pessoas em aceitarem.

Notou-se que nas duas ruas de mais difícil acesso e maior vulnerabilidade (pobreza, higiene precária, ruas sem calçamento, animais abandonados) não tivemos retorno de nenhuma pessoa que convidamos para participar. Ressalta-se a possibilidade destas pessoas serem as que menos frequentam a unidade básica de saúde, mantendo menos controladas as condições de saúde.

Outro ponto importante a discutir é o fato de apenas um participante apresentar um percentual alto (40%) de risco de desenvolver um evento cardiovascular e, provavelmente, este valor deve-se a idade avançada e problema renal, já que todos os outros fatores que o escore levava em consideração estavam normais.

Acredita-se que o fato de todos, de maneira geral, frequentarem a unidade básica e ao médico regularmente, tomarem os medicamentos de maneira contínua e correta e terem os cuidados básicos da alimentação, fez com que os índices de chances de desenvolver um evento cardiovascular dessem baixos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o uso do escore e do questionário foi possível observar que os indivíduos participantes estão todos em constante acompanhamento médico, comparecendo

regularmente a unidade básica e com suas condições de saúde boas.

Ressaltou-se também que a visita domiciliar, assim como as ações de educação em saúde na atenção básica são de extrema importância, já que é a maneira de estar mais perto dos usuários do serviço, assim como de suas realidades. É possível também fazer o reconhecimento da comunidade, assim como dos pontos positivos e negativos da mesma e expandir os ensinamentos não somente para os sujeitos participantes, como também para família, vizinhos, entre outros. É a conscientização de mudança de hábitos para ocorrer a promoção de saúde.

O Escore de Framingham na atenção básica é de extrema competência para o planejamento em saúde, visto que avalia as condições de saúde da população. Portanto, vale destacar a importância de serem feitos estudos utilizando este instrumento para que mais profissionais da saúde tenham conhecimento sobre o mesmo e assim possa ser mais explorado, sendo a sociedade beneficiada.

Não menos importante, salienta-se o grande retorno que o folder confeccionado pelas pesquisadoras trouxe para a comunidade. Instrumento de fácil acesso e entendimento, com informações básicas e de grande importância. Acredita-se que mais panfletos assim devem ser cada vez mais elaborados por profissionais, para que assim, informações fidedignas possam estar circulando e orientando os sujeitos.

Por fim, notou-se a importância dos profissionais de saúde estarem realizando estas intervenções, levando informações novas e adequadas à comunidade, estar perto dos usuários dos serviços, contribuindo para o empoderamento e para a escolha responsável, suscitando mudanças ou esclarecendo os efeitos que estas causarão na sua saúde.

Tendo em vista que o objetivo geral pode-se inferir que o mesmo foi alcançado, através do levantamento destes usuários, entrando em contato e realizando as ações de educação em saúde. Ficou visível também a necessidade de novas pesquisas sobre o assunto para que assim, cada vez mais, as pessoas conscientizem-se da importância da prevenção e da promoção da saúde afim de evitar maiores agravos no decorrer da vida.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- ARAÚJO, D. V.; FERRAZ, M. B. Impacto econômico do tratamento da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil: o desafio da incorporação de novas tecnologias cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol.* 85: 1-2, 2005.
- BOING, A. C; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens* vol.14(2): 84-88, 2007.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)*. – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. *Informações de saúde: mortalidade – Brasil, 2008a*. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php> Acesso em: 13 jan 2015
- _____. Ministério da Saúde. Datasus. *Informações de Saúde: morbidade hospital do SUS – Brasil, 2008b*. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus> Acesso em 13 jan 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CASTRO, L. C. V. et al. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. *Rev. nutrição*;17(3):369-377, jul.-set. 2004.
- DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de saúde públic.* 2012;46(Supl):126-34
- GOULART, F. A. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controles e desafios para os sistemas de saúde*. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2011
- LENZI, L.; VENSON, R.; PONTAROLO, R. Atividade educativa sobre automedicação e alimentação saudável com crianças de ensino fundamental em escola municipal de curitiba (pr) e seu impacto. *Caderno de textos acadêmicos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2011)*. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/62bafe80492de2f4b04bb314d16287af/Cade>

rno_textos_academicos_completo_BAIXA_cs4.pdf?MOD=AJPERES Acesso em 28 fev 2016

MELO, M. C.; et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1579-1586, 2009.

MINAYO, M. C. de S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha.

MOZZATO, A. R. GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011

OLIVEIRA, R. L.; SANTOS, M. E. A. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.4 - N.2 - Nov./Dez. 2011.*

PENTEADO, R. Z.; SERVILHA, E. A. M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 16(1): 107-116, abril, 2004.

PIMENTA, H. B., CALDEIRA, A. P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 6, 731-1739, 2014.

SANTOS, F. R.; MENDEZ, R. D. R. Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos atendidos na atenção primária. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* Vol.05, edição especial, p.2646-58, 2014.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da Hipertensão Arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Jan-Mar; 17(1): 90-7, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de hipertensão; Sociedade Brasileira de nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* [online], vol.95, n.1, suppl.1, pp. I-III, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. *Sociedade Brasileira de Diabetes* São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>. Acesso em 25 nov 2014.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) ago;26(2):147-53, 2005

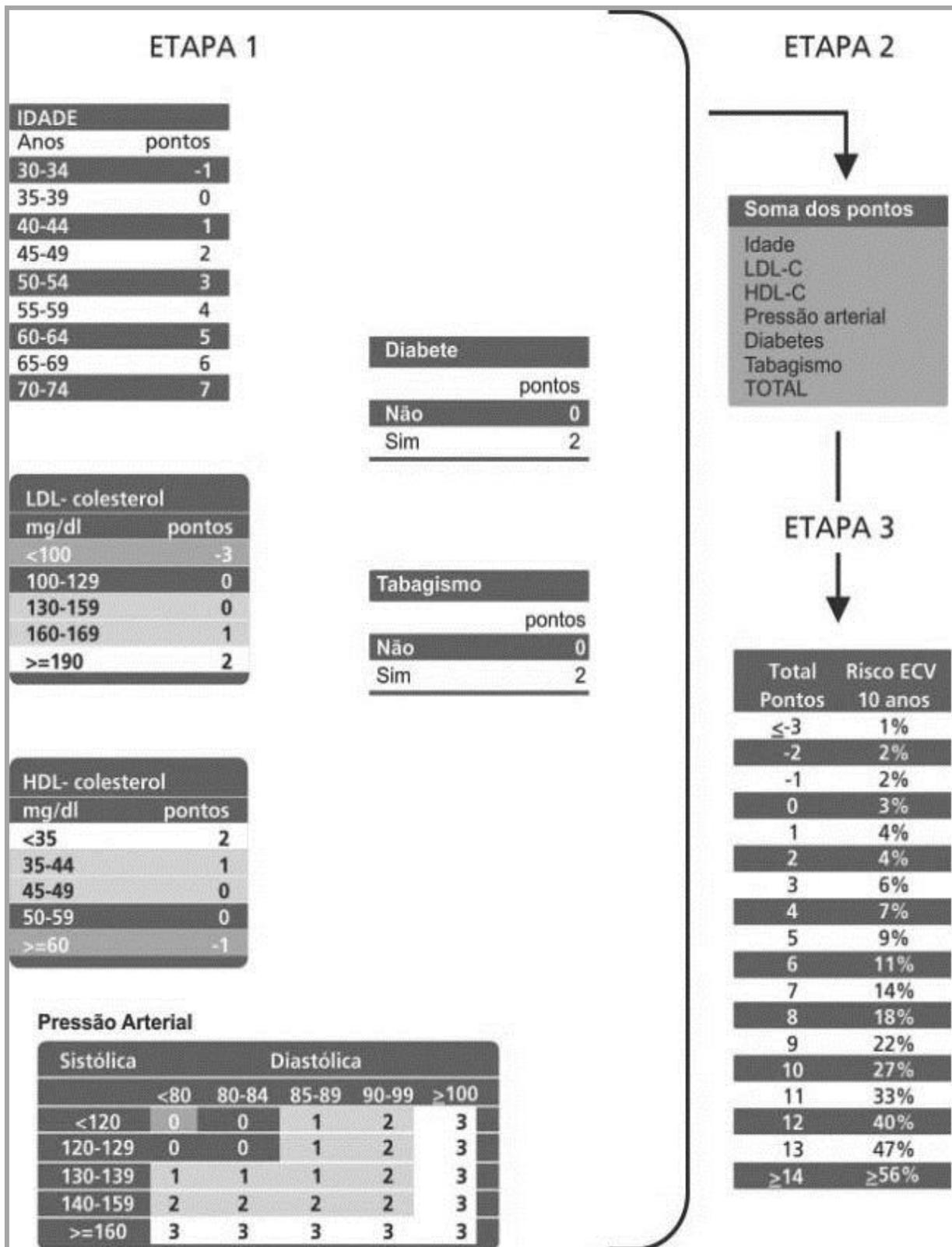
SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S91-S99, 2008

TORRES, H. C.; ROQUE, C.; NUNES, C. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19 (1): 89-93

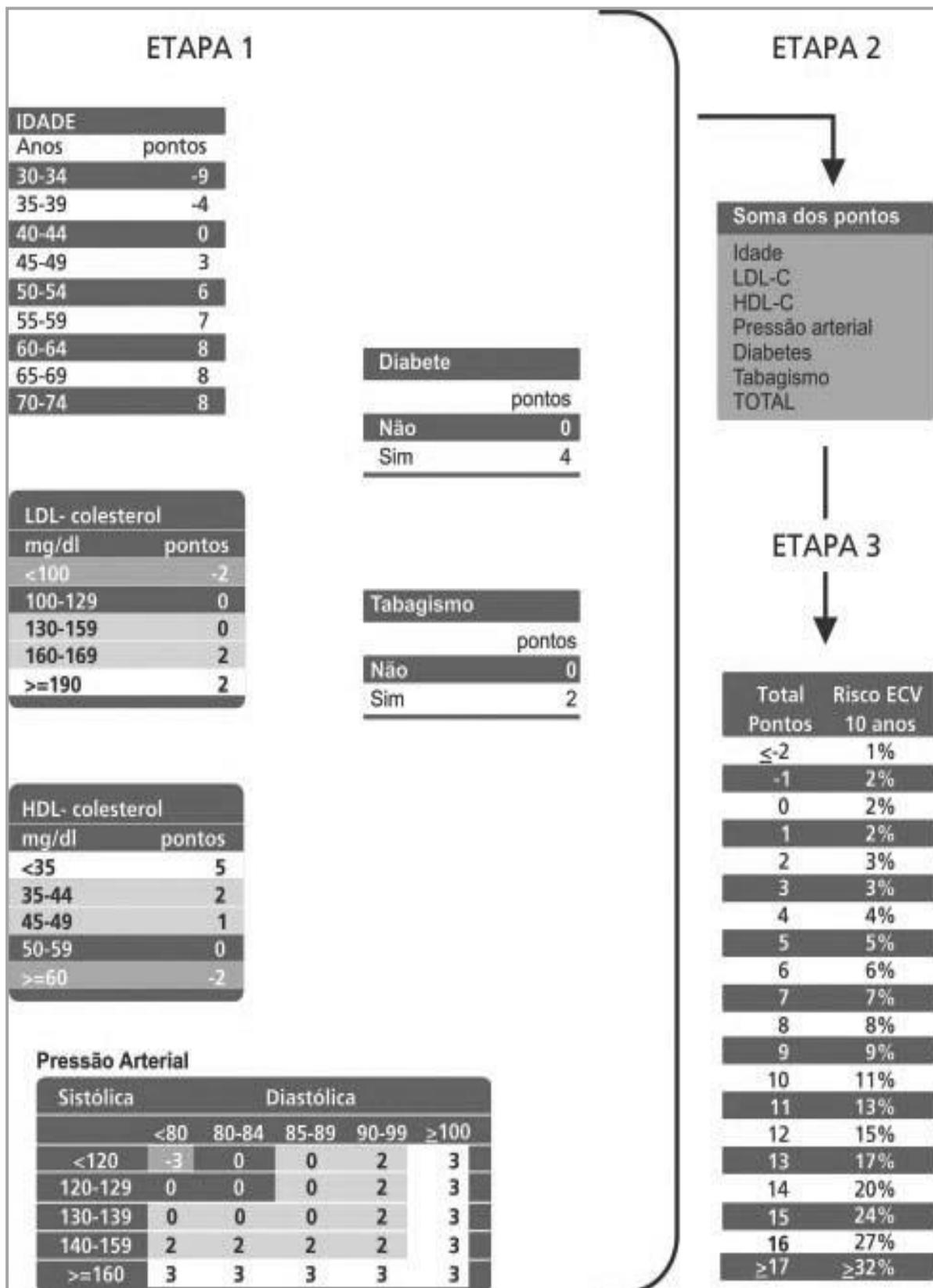
TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):885-895, 2004

ANEXOS

ANEXO A - Escore de Framingham revisado para homens



ANEXO B - Escore de Framingham revisado para mulheres



APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES.

Esta é uma pesquisa que tem por objetivos verificar o impacto de ações de educação em saúde com usuários que vivem com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde (UBS) Walter Aita, Santa Maria/RS; aplicar o Escore de Framingham aos usuários selecionados, estimando a probabilidade destes desenvolverem um Evento Cardiovascular; estratificar os resultados do Escore de Framingham do estudo para identificar os participantes que tenham risco de desenvolver doenças cardiovasculares; e desenvolver ações de educação em saúde com o grupo que apresentar risco de desencadear doenças cardiovasculares.

A pesquisa será de grande valia para a UBS Walter Aita devido à percepção de um índice bastante significativo de frequentadores da unidade com alguma doença crônica não transmissível (DCNT). Outro motivo relevante é o fato dessas doenças possuírem fatores de riscos modificáveis, sendo importante a prevenção e a promoção de saúde visando manter os casos controlados, evitando assim maiores problemas.

A pesquisa consiste, primeiramente, na aplicação de uma anamnese, seguida, pela aplicação do Escore de Framingham. Nesse momento será solicitado que os participantes apresentem exames laboratoriais realizados recentemente, caso eles não os possuam será disponibilizado a realização dos mesmos através de laboratórios conveniados ao Sistema Único de Saúde. Os participantes que apresentarem, segundo o Escore de Framingham, algum risco de desenvolver um evento cardiovascular, serão convidados a participar de uma intervenção que consiste em ações de educação em saúde. Essas ações serão realizadas entre os meses de julho e outubro de 2015 e terão periodicidade semanal. As ações terão como foco os fatores de riscos modificáveis que podem desencadear as DCNT, sendo eles: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. Após a intervenção os participantes terão que refazer os exames laboratoriais e responder novamente o Escore de Framingham. Caso o usuário não aceite participar da intervenção será convidado a fazer parte do grupo controle, tendo apenas que voltar a responder o Escore de Framingham e refazer os exames laboratoriais após período destinado a intervenção.

Todas as informações pessoais alcançadas no decorrer da pesquisa serão dirigidas confidencialmente, sendo utilizadas somente para fins de pesquisa, não acarretando em qualquer prejuízo ou dano adicional. Em momento algum o nome das pessoas envolvidas será mencionado, sendo assim utilizados somente como via de comunicação entre as pesquisadoras e os participantes. O (a) participante poderá renunciar da pesquisa a qualquer instante e por qualquer razão, sem que sejam necessárias maiores explicações.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Sei que em qualquer momento

poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

A pesquisa pode apresentar como riscos aos usuários algum tipo de desconforto físico ou emocional ao realizar os exames laboratoriais ou nas ações que serão propostas. Se isso ocorrer, os usuários poderão deixar a pesquisa sem nenhum tipo de prejuízo. Em contrapartida os benefícios esperados da pesquisa são: ampliação do autoconhecimento da saúde dos participantes; conscientização da influência dos fatores de risco sob a saúde; transferência dos conhecimentos obtidos na intervenção à familiares e amigos.

Estou ciente que se eu me sentir prejudicado, sob qualquer aspecto, durante a pesquisa, tenho autonomia para desistir da mesma a qualquer momento.

Caso tiver novos questionamentos e/ou dúvidas sobre este estudo, posso chamar Débora Posser Vieira e Natalhye Cargnelutti Rossato (pesquisadoras responsáveis) no telefone (55) 9925-7699 ou (55) 9641-1322.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Santa Maria, _____, de _____, de 2015.

Assinatura do Participante ou Responsável

Assinatura da (s) Pesquisadora (s) Responsável

APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: Perfil de risco cardiovascular de usuários de uma Unidade Básica de Saúde

Pesquisador responsável: Maria Denise Schimith

Instituição/Departamento: UFSM/Residência Multiprofissional Integrada em Saúde

Telefone para contato: (55) 9925-7699 e (55)9641-1322

Local da coleta de dados: UBS Walter Aita

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados mediante entrevista com auxílio de uma ficha de anamnese. Os participantes da pesquisa serão usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Walter Aita. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para fins de pesquisa e comporão um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1305^a, do Departamento de Enfermagem, 3º andar do Centro de Ciências da Saúde, prédio 26 da UFSM, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Maria Denise Schimith. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,.....de de 2015

Dra. Maria Denise Schimith

Débora Posser/Natalhye Rossato

APÊNDICE C – ANAMNESE**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Telefone: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () outro

Endereço: _____

DADOS DE SAÚDE

Altura: _____ Peso: ____kg Pressão Arterial: _____ mmHg

Problemas de saúde: () diabetes () hipertensão

Outros: _____

Medicamentos: _____

Prática de atividade física: _____ Qual: _____

Frequência: _____ Duração : _____

Fumo: _____ Frequência e quantidade: _____**Bebida alcoólica:** _____ Frequência e quantidade _____**Consumo de frutas e hortaliças:** _____ Frequência semanal: _____

Frequência diária: _____

APÊNDICE D – Folder



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA ÊNFASE EM ATENÇÃO BÁSICA

Residentes: Débora Posser Vieira (Terapeuta Ocupacional)
Natalhye Rossato (Cirurgiã-Dentista)

PARA TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL...



Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora



Lembre-se:

6 Refeições diárias, com intervalo de 3 horas entre elas:

- café da manhã
- lanche no meio da manhã
- almoço
- café da tarde
- lanche da tarde
- janta

Não pule refeições, isso pode prejudicar seu corpo!

Devemos tomar mais de 6 copos de água por dia!!!

Fazer alimentos os mais naturais possíveis



Usar pequenas quantidades de azeite, sal e açúcar no preparo dos alimentos



Diminuir o consumo de alimentos processados



Pão branco e bolachas aumentam o açúcar no sangue. Consumir pequenas quantidades, podendo trocá-los pelo pão Integral!!

Nem tudo que a televisão mostra é verdade. Leia sempre os rótulos. Na dúvida, procure profissionais de saúde!

Em algumas refeições dá para trocar o arroz pela BATATA DOCE, ELA É O MELHOR CARBOIDRATO!!

Piramide alimentar

Para ter uma alimentação saudável e balanceada, siga as orientações da Piramide alimentar.

BOA ALIMENTAÇÃO + EXERCÍCIO FÍSICO + ÁGUA = VIDA SAUDÁVEL!!!!



SUA SAÚDE DEPENDE DA SUA ALIMENTAÇÃO!!!

Caminhar faz bem a saúde



Pratique algum exercício pelo menos 3 dias na semana

- ✓ Vá ao mercado a pé, visite seus amigos, passeie com seu animalzinho de estimação
- ✓ Comece com uma caminhada de 10 min e vá aumentando aos poucos, 30 min é suficiente
- ✓ Varrer a casa, cuidar do jardim, limpar o pátio é uma atividade física.



10 benefícios

- Ajuda na manutenção do peso.
- Aumenta o controle da glicemia em diabéticos.
- Diminui a pressão arterial em hipertensos.
- Melhora os níveis das gorduras do sangue.
- Reduz o estresse e alivia a depressão.
- Previne a osteoporose e reduz incidências de fraturas.
- Melhora o humor, o fôlego, a disposição e a qualidade do sono.
- Eleva a autoestima.
- Faz bem ao coração.
- Acelera o metabolismo (bom para quem quer emagrecer).

Álcool

O uso de álcool interfere nos medicamentos.

Filhos de pais alcoólatras tem mais chance de beber álcool em grande quantidade.

Tente reduzir o consumo.

Não beba todos os dias da semana.



Gestantes não devem usar álcool pois afeta o bebê.

Consumir álcool todos os dias pode levar ao alcoolismo, que é uma doença que afeta o metabolismo e os órgãos. Também interfere na vida de quem convive com a pessoa que bebe.

Hipertensão

Doença silenciosa, previna-se.

Mantenha o peso adequado.

Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas.

Não fume.

Tenha uma alimentação saudável.

Pratique atividades físicas. Evite ficar parado.

Evite o estresse.

Diminua o sal da comida e leia o rótulo dos alimentos, evitando os com maior teor de sódio.

Tome a medicação conforme orientação médica.

Fumar causa câncer:

- na laringe
- no pulmão
- na boca.

Fumar também causa perda de dentes!

Esses cânceres são mais freqüentes quando associado com a bebida alcoólica.

Se você fuma uma carteira de cigarros por dia, tente fazê-la durar 2 dias, vá reduzindo aos poucos até durar uma semana, 15 dias.

SE VOCE PARAR DE FUMAR AGORA...

- Após 20 minutos sua pressão sanguínea e a frequência voltam ao normal.
- Após 8 horas não tem mais nicotina no seu sangue.
- Após 8 horas o nível de oxigênio no sangue se normaliza.
- Após 4 dias seu odor corporal e seu gosto já deixam a vontade melhor.
- Após 3 semanas a respiração fica mais fácil e a circulação melhora.
- Após 5 a 10 anos o risco de sofrer infarto será igual ao de quem nunca fumou.

Comece a perceber as diferenças no seu corpo, você vai notar que sua qualidade de vida vai melhorar!!!

Tome muita água



Guarde o dinheiro que gastaria com o cigarro para investir em algo que você queira muito



DÊ O PRIMEIRO PASSO

FAÇA EXERCÍCIOS



Escolha o primeiro dia para parar de fumar

