

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

Natalhye Rossato Lorensi

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE EVENTOS
CARDIOVASCULARES – RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Santa Maria – RS

2016

Natalhye Rossato Lorensi

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE EVENTOS
CARDIOVASCULARES – RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/ESF, 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

Natalhye Rossato Lorensi

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE EVENTOS
CARDIOVASCULARES – RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/ESF, 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 Schimith, Dra (UFSM)
(Presidente/ Orientador)**

Teresinha Heck Weiller, Dra (UFSM)

Sheila Kocourek, Dra (UFSM)

Santa Maria – RS
2016

RESUMO

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES – RELATO DE EXPERIÊNCIA

AUTORAS: Natálhye Rossato Lorensi; Débora Posser Vieira

ORIENTADORA: Maria Denise Schimith

CO-ORIENTADORA: Tanise Martins dos Santos

Trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento de uma pesquisa e assistência desenvolvidas com usuários de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Santa Maria, região Central do Rio Grande do Sul. O objetivo da pesquisa foi verificar o impacto de ações de educação em saúde com usuários que tinham diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, utilizando o Escore de Framingham e contextualizando com o estilo de vida do indivíduo. Participaram do estudo 12 pessoas de ambos os sexos, com idades entre 35 e 74 anos, sendo que foram cinco homens e sete mulheres. Foram realizadas três sessões individuais de educação em saúde, no período entre agosto e novembro de 2015, totalizando 36 encontros. Foram levantados os hábitos de vida, medicamentos utilizados, frequência da ingestão de frutas e hortaliças, e em cima destes dados foi criado um material ilustrativo que serviu como apoio para facilitar a compreensão dos temas abordados, ou seja, os fatores de risco modificáveis (atividade física, alimentação, álcool e tabagismo). As dúvidas foram esclarecidas no decorrer dos encontros de educação em saúde. A experiência permitiu conhecer as peculiaridades do indivíduo e planejar ações voltadas para a prevenção de agravos em saúde, principalmente a prevenção de Evento Cardiovascular.

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: Natalhye Rossato Lorensi; Débora Posser Vieira

ADVISOR: Maria Denise Schimith

CO-ADVISOR: Tanise Martins dos Santos

This is an experience report on the development of a research and assistance developed with users in a municipality Basic Health Unit of Santa Maria, Central region of Rio Grande do Sul. The objective of the research was to assess the impact of actions health education with users who were diagnosed with systemic hypertension and / or diabetes mellitus, using the score of Framingham and contextualizing with the individual's lifestyle. The study included 12 people of both sexes, aged 35 and 74 years, and were five men and seven women. Three individual health education sessions were held in the period between August and November 2015, totaling 36 meetings. Living habits were raised, drugs used, frequency of intake of fruits and vegetables, and on top of this data has created an illustrative material that served as support to facilitate the understanding of the topics covered, ie the modifiable risk factors (activity physical, food, alcohol and tobacco). Doubts were clarified in the course of health education meetings. The experience allowed us to know the peculiarities of the individual and plan actions aimed at preventing health diseases, particularly the prevention of Cardiovascular Event.

Keywords: Health Education. Health prevention. Cardiovascular event. Score Framingham.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	9
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	19
APÊNDICE B - ANAMNESE	20
APÊNDICE C – MATERIAL ILUSTRATIVO – FOLDER	21
ANEXO A - ESCORE DE FRAMIMGHAN REVISADO PARA HOMENS.....	24
ANEXO B - ESCORE DE FRAMIMGHAN REVISADO PARA MULHERES	25
ANEXO C – NORMAS REVISTA	26

1 INTRODUÇÃO

O maior número de mortes no Brasil e em diversos países do mundo, independente da sua classe econômica, são decorrentes de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), mais precisamente, no Brasil correspondem a 72% dos casos de mortes (BRASIL, 2011). O alto índice de mortalidade e o compartilhamento de seus fatores de risco nortearam a formulação de estratégias preventivas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005 para o enfrentamento das DCNT, pois estudos sobre as doenças 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 (DUNCAN *et al*, 2012; GOULART, 2011).

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. Também apresentam fatores de risco metabólicos, como excesso de peso/obesidade, pressão arterial elevada, aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol, mediadores que podem resultar em diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e câncer, entre outras enfermidades (ANS, 2011; DUNCAN *et al*, 2012; GOULART, 2011). As determinantes sociais, como educação, desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços e a informação e também o gênero e etnia, se correlacionam com a prevalência de DCNT (GOULART, 2011; SIMÃO *et al*, 2013).

Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV), são caracterizadas como uma das principais causas de mortalidade no Brasil. Contribuem com um elevado número de hospitalizações no país, sendo assim, são as responsáveis pelos maiores recursos financeiros em hospitais públicos (SIMÃO *et al.*, 2013). O risco de um sujeito desenvolver uma DCV depende de fatores fisiológicos, genéticos e dos hábitos de vida, estes incluem alimentação, prática de atividade física, tabagismo, alcoolismo, acompanhamento médico regular, entre outros (SIMÃO *et al*, 2013; ANS, 2011). Ter o conhecimento dos fatores que propiciam um evento cardiovascular (ECV) auxilia no planejamento de ações de promoção e prevenção de saúde.

No ano de 1948 foi iniciado um estudo, conhecido como *Framingham Heart Study*, que partindo neste contexto de DCNT, passa a identificar os principais fatores de risco para ECV. É imprescindível destacar que o estudo iniciou com uma população sem doença, fazendo com que os resultados da ferramenta criada a partir deste estudo sirvam para a prevenção primária em saúde. O Escore de Framingham (EF) é uma escala que estima o risco que o indivíduo tem de desenvolver um ECV, é um escore de risco global, o qual revela o risco absoluto no período

de dez anos, permitindo assim ações preventivas (BRASIL, 2013; DE PINHO, 2014; LOTUFO, 2008; PIMENTA & CALDEIRA, 2014). Partindo da percepção da alta morbidade devido o desenvolvimento de DCNT, são necessárias ações de promoção e prevenção em saúde, para que possa se controlar o desenvolvimento destas injurias e também a modificação dos fatores de risco.

No Brasil, a implementação do termo Promoção de Saúde institucional, ocorreu a partir do ano de 1986, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual propôs a base para a chamada Reforma Sanitária Brasileira. Neste mesmo ano, ocorreu no Canadá, na cidade de Ottawa a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (BUSS & CARVALHO, 2009), que promulgou a Carta de Ottawa, um marco do termo promoção de saúde. Promover saúde significa capacitar a comunidade e o indivíduo para que tenham condição de atuar ativamente na melhoria de sua qualidade de vida e assim da sua saúde (MELO *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2007).

Partindo da conceituação de promoção de saúde, o indivíduo é incentivado a se responsabilizar pela sua saúde, tendo como fator chave o fortalecimento da capacidade individual e coletiva. O indivíduo deve estar empoderado para usar sua autonomia para lidar com a grande gama de condicionantes da saúde. Para tal, não se pode perder de vista a multiplicidade de fatores que estão relacionados diretamente a qualidade de vida. É importante que a atuação dos profissionais ocorra de forma multidisciplinar, além de que a família e a equipe de saúde necessitam compreender os processos de mudanças e autoafirmação do sujeito (CZERESNIA, 1999; MELO *et al.*, 2009; PENTEADO & SERVILHA, 2004; SOUZA *et al.*, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2012).

Em relação à prevenção, pode-se analisar que a mesma se baseia na ausência da doença, ou seja, o objetivo principal é que não ocorra a evolução da desordem. É necessário que o indivíduo tenha conhecimento sobre como se manifestam as doenças, e também quais são os mecanismos para seu controle ou para que a mesma seja evitada, buscando assim a redução da incidência e menor 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 (CZERESNIA, 1999; PENTEADO & SERVILHA, 2004).

Tendo em vista as conceituações para promoção e prevenção em saúde, uma estratégia para que sejam extenuados e postos em prática estes conceitos é a partir da educação em saúde. Deve-se pensar de que maneira podemos utilizar a própria saúde como uma ação educativa, sendo um processo ensino-aprendizagem, buscando por meio de ações individuais e coletivas um nível desejável de saúde (MELO *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2007).

A educação em saúde tem por objetivo encorajar os indivíduos a assumirem o controle e o direcionamento de suas vidas. As ações pretendem se aproximar ao máximo da integralidade, pois valoriza o saber do outro, e tem em vista que o conhecimento deriva de um processo de construção coletiva, buscando desencadear mudanças individuais, valorizando o sujeito em sua subjetividade (MELO *et al*, 2009; PENTEADO & SERVILHA, 2004; RIBEIRO *et al*, 2012; SOUZA *et al*, 2007).

Mudar o estilo de vida nem sempre é uma tarefa fácil, necessitando de muita resistência e perseverança. Nesse sentido, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis (SANTOS e LIMA, 2008).

A educação em saúde tem contribuído significativamente para a prevenção e controle de doenças nos últimos 20 anos, principalmente quando se relaciona com os custos para a saúde, os quais podem ser reduzidos por meio dessa estratégia (CHAVES *et al.*, 2006). Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso a seguir o tratamento.

Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser minimizado por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno. Faz-se necessárias atividades de educação em saúde com a coletividade e com os indivíduos.

A pesquisa e assistência foram planejadas por residentes multiprofissionais em Sistema Público de Saúde, com ênfase em Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região leste do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS). Este relato contempla o convite e a seleção dos participantes da pesquisa, a coleta de dados e a aplicação de ações de educação em saúde com indivíduos com HAS e/ou DM, cadastrados na UBS referida, para prevenir um Evento Cardiovascular em dez anos.

2 METODOLOGIA

Se trata de um relato de experiência sobre o desenvolvimento de uma pesquisa, composta de dois momentos, o primeiro na coleta de dados e o segundo foi aplicada ações de assistência, cujo objetivo foi verificar o impacto de ações de educação em saúde com usuários que tinham diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM).

O estudo foi dirigido por residentes do Programa de Pós-Graduação em Residência

Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/ESF, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) que desempenharam suas ações em uma UBS da região Leste de Santa Maria. A escolha da população e do tema foi decorrente da imersão na comunidade e percepção de um alto número de pessoas com DCNT e que fazem uso de medicação anti-hipertensiva e anti-glicêmica, optou-se por implementar um estudo que demonstrasse a probabilidade de um indivíduo vir a desenvolver um ECV e a aplicação de ações de Educação em Saúde para reduzir este risco. O estudo foi desenvolvido a partir da aplicação o Escore de Framingham aos usuários selecionados e posterior ação de educação em saúde com metodologia participativa, na qual procurou-se preservar a identidade social e cultural dos componentes do estudo.

As ações ocorreram no período de agosto a novembro de 2015, durante a realização de visitas domiciliares. Todos os participantes residiam em locais próximos a UBS referida neste estudo e consultavam regularmente com o médico clínico geral desta UBS.

O projeto foi encaminhado à apreciação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, registrado na plataforma Brasil 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.

Como critério de inclusão dos participantes optou-se por indivíduos entre 30 a 74 anos, moradores de uma comunidade localizada na Zona Leste do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, em que foram incluídos usuários que utilizam uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada neste bairro, que possuam cadastro para retirada de medicamentos para HAS ou DM e que tivessem feito a retirada de medicação nos últimos seis meses.

O caminho proposto inicialmente foi abordar os usuários que chegassem à UBS para consultar com o clínico geral. Estes foram convidados a participar da pesquisa e, após o aceite, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O participante teve garantida sua autonomia para desistir da pesquisa em qualquer momento. Aos usuários que aceitaram fazer parte do estudo, foi feita a solicitação dos exames laboratoriais, que são considerados de rotina para triagem, diagnóstico e controle de hipertensão e/ou diabetes na consulta médica, os quais foram utilizados para evolução deste estudo.

Após três semanas de abordagem, o número de participantes que se enquadravam na pesquisa era muito pequeno, a partir deste momento iniciou-se a estratégia de busca ativa dos mesmos. Para a busca ativa foi necessário a pesquisa nos cadastros e prontuários dos indivíduos cadastrados no extinto “HiperDia”, muitos cadastros estavam incompletos, sem número de

telefone para contato e/ou sem endereço. Ao avaliar todos que se enquadravam no estudo, ao início da pesquisa, tínhamos um número de 190 participantes que se encaixavam nos critérios do estudo, e após busca nos cadastros ficamos com apenas 56 que possuíam dados completos, optou-se então por realizar um grupo com amostra de conveniência.

Inicialmente foi realizado o contato telefônico, para assim marcar uma visita ao domicílio. Nesta etapa, verificou-se que muitos telefones não existiam ou não eram da referida pessoa. Devido ao fracasso nesta tentativa, optou-se por fazer a busca ativa nas residências. Mesmo assim não foi possível aumentar o número de participantes. Além do baixo número de aceites, o clínico geral entrou em férias no período de coleta de dados, que fez com que não fossem possíveis maiores inclusões.

A UBS que a pesquisa e a assistência foram desenvolvidas atende uma população estimada de cerca de 10 mil pessoas, residentes em várias áreas que rodeiam o local a qual está implantada. Como não tem uma população adscrita, pessoas de outras áreas da cidade também buscam acesso neste serviço. A média de atendimentos mensais é de 1.500. Este tipo de organização do serviço dificulta o acesso a todos que necessitam, pois não há recursos físicos e humanos suficientes para atender adequadamente toda esta população e também o vínculo necessário na Atenção Básica. Devido à grande área abrangente da UBS, as pesquisadoras visitaram as casas mais próximas ao local da mesma, pois não havia recursos de transporte para os locais mais afastados.

Posteriormente, com o resultado dos exames, foi aplicada a anamnese (APÊNDICE B) e o EF (que utiliza como variáveis a idade, colesterol LDL, colesterol HDL, diabetes, tabagismo, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica) (ANEXO A e B). A partir da aplicação deste 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, 2013; DE PINHO, 2014; LOTUFO, 2008; PIMENTA & CALDEIRA, 2014; SANTOS & MENDEZ, 2014).

Após a aplicação da ficha de anamnese e do EF, foram elaboradas as ações de educação em saúde baseada nos dados coletados. Como foi realizada individualmente, foi levado em consideração a particularidade de cada indivíduo. Foi realizada nas residências para ter uma maior efetividade, assim como Paulo Freire preconiza que é necessário conhecer a realidade dos sujeitos e com eles visualizar possibilidades de transformações, criando ou ampliando horizontes (FERNANDES & BACKES, 2010).

A intervenção foi composta por ações de educação em saúde, com auxílio de material

educativo, como um folder, (APÊNDICE C) tendo em vista sempre o usuário como protagonista das ações. Foi trabalhado os principais fatores de risco modificáveis que desencadeiam as DCNT, entre eles o tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, sempre visando as particularidades do sujeito.

A elaboração do material educativo foi realizada baseada nos dados colhidos na anamnese dos participantes e foram coletadas informações dos materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde- Política Nacional de Educação Popular em Saúde, Guia Alimentar Para a População Brasileira; Política Nacional de Promoção da Saúde, Álcool e Redução de Danos, Programa Nacional de Controle do Tabagismo, Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. O material teve muitas ilustrações coletadas na internet, na página do Google, para melhor compreensão dos temas abordados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo iniciou com a presença de três pesquisadoras, residentes no Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/ESF, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), compreendendo três núcleos de saberes, Educação Física, Odontologia e Terapia Ocupacional. A residente que possuía mais experiência e prática em trabalhos com ações de educação em saúde, como as propostas nesta pesquisa, era a profissional de Educação Física, que antes de iniciar o processo de seleção dos participantes desligou-se do Programa de Residência, ficaram apenas as duas residentes da Odontologia e da Terapia Ocupacional para dar seguimento ao estudo.

Inicialmente o desejo metodológico previa a realização de uma pesquisa experimental, na qual ocorreria a comparação entre dois grupos, um que ficariam os que aceitassem as ações de educação em saúde e outro grupo controle. Como não teve nenhum participante que não quis receber as ações de educação em saúde, além de alguns fatores limitantes, não foi possível incluir no estudo grupo controle, modificando assim o desenho inicial do estudo. Além das limitações já apresentadas, durante o processo de busca ativa, ao serem procuradas as residências, seguindo os endereços obtidos nos cadastros, muitas não foram encontradas, muitos indivíduos não estavam em casa ou não aceitaram conversar com as pesquisadoras. Este fato limitou muito a adesão de participantes no estudo, resultando em um reduzido número de participantes na pesquisa, não sendo possível posterior reprodutibilidade para a população.

Foram incluídos 12 participantes, sete do sexo feminino e cinco do sexo masculino. As idades variaram entre 35 a 74 anos.

A busca ativa poderia ter sido mais eficiente se houvesse na UBS a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois os mesmos são residentes no território onde atuam, convivem com a realidade do local e interagem com valores, linguagens e problemas desse ambiente. A presença de ACS nas unidades de saúde é um fator muito importante, pois eles podem mobilizar a comunidade, contribuem para ações de promoção e prevenção de saúde, pois os mesmos realizam atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, agregados aos demais profissionais da atenção básica, ações são desenvolvidas de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), além de conhecerem as famílias que visitam, podendo assim promover saúde e prevenir agravos mediante suas visitas periódicas (BRAND *et al*, 2010).

Outro fator limitante foi a condição climática, pois houve muitos dias de chuva, o que dificultou e, por vezes, impossibilitou o acesso as residências. Visto que as visitas eram realizadas pelas residentes a pé, muitos locais alagaram devidos as chuvas. Além de dificultar o acesso as residências, foi realizada uma tentativa em dia de chuva e muitos participantes não aceitaram a visita, após esta tentativa, optou-se por não realizar visitas em dias chuvosos.

Para que o participante fosse incluído no grupo da pesquisa era necessário ter feito a retirada de medicamento na UBS, no período de até seis meses anteriores ao início da coleta, além da apresentação de exames laboratoriais contendo a dosagem de glicose, colesterol LDL e HDL. Estes critérios trouxeram muitas perdas, pois nem todos convidados ao estudo realizaram ou possuíam os exames necessários, pois para a realização dos mesmos, o sujeito necessitava se dirigir até a UBS no mínimo duas vezes.

No período que compreendia os seis meses anteriores, ocorreu falta de medicamentos para tratamento de HAS e DM na UBS, e os usuários tinham que retirar nas farmácias populares. Este resultado leva a inferir a baixa vinculação dos usuários com DCNT à UBS, pois caso contrário deveriam ter suas consultas médicas, exames e endereços atualizados. As classes de medicamentos mais utilizadas pelos pacientes foram os anti-hipertensivos (100%), anti-depressivos (50%), anti-glicemiantes (50%), bem como a sinvastatina, que é um anti-lipêmico (41,7%), seguidas por outras classes de medicamentos, como analgésicos, vaso-protetores, anti-coagulantes, para tireóide e repositor hormonal. Com exceção de um indivíduo, que faz uso de apenas um medicamento, todos os demais sujeitos avaliados utilizavam três ou mais medicamentos concomitantemente, como relatado no estudo de Pereira *et al*, 2012, o número médio de medicamentos na população adulta, oscila entre 1,5 a 1,88, e no estudo referido, pois

contava com indivíduos com HAS e DM, a média foi de 3,8, refletindo o mesmo resultado encontrado no presente estudo. O estudo de Cavalari et al, 2012, também encontrou a média de 3 medicamentos diários por sujeito.

O Ministério da Saúde (MS) sugere que consultas médicas para pacientes com HAS sejam realizadas numa periodicidade que varia de acordo com o risco de ECV, medido pelo EF e também devido as características individuais, levando em consideração as diretrizes locais. Em indivíduos com baixo risco, consultas anuais, médio risco, semestralmente e em pessoas com alto risco, as consultas devem ser quadrimestrais (BRASIL 2013). Os indivíduos com DM, o Ministério da Saúde sugere que o número de consultas deve considerar o risco e controle metabólico do indivíduo, além de considerar as determinantes sociais (BRASIL, 2013a).

Apesar dos empecilhos, os fatores positivos e facilitadores do desenvolvimento da pesquisa foi a imersão no citado campo pelas residentes durante 18 meses anteriores ao início do estudo, possibilitou um reconhecimento da população alvo, assim como o apoio da equipe da UBS para a realização do mesmo. Porém este tempo foi curto para criação de vínculo com um número considerável de usuários que possibilitasse uma maior adesão ao estudo, pois foram poucos participantes que apresentaram os exames necessários e aceitaram participar do estudo, o grupo total foi de 12 pessoas. A criação de vínculo é de extrema importância para que as ações de educação em saúde sejam mais efetivas, pois se baseia em uma dinâmica participativa, fazendo com que os sujeitos sintam mais confortáveis a modificarem hábitos com auxílio de pessoas que possuam vínculo (SOUZA *et al.*, 2007).

Para a realização das ações de educação em saúde, foram propostas atividades de prevenção e promoção de saúde, bem como a busca de presença de fatores de risco. O indivíduo foi incentivado a se responsabilizar pela sua saúde, tendo sempre em vista a multiplicidade de cada um e incentivando a mudar hábitos nocivos para a qualidade de vida. Durante as visitas domiciliares, na maioria das visitas, o participante do estudo estava com algum familiar, fazendo com que externassem para os mesmos as causas e prevenção dos principais fatores de riscos para ECV, visto que os hábitos alimentares dos moradores da mesma casa sejam semelhantes, são necessários mudanças coletivas para prevenção de doenças e redução e controle de fatores de risco (CZERESNIA, 1999; MELO *et al.*, 2009; PENTEADO & SERVILHA, 2004; SOUZA *et al.*, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2012; ANS, 2011; SIMÃO *et al.*, 2013).

As ações buscaram se aproximar ao máximo da integralidade, pois valorizou o saber do outro, e tem em vista que o conhecimento deriva de um processo de construção coletiva, buscando desencadear mudanças individuais e também levando em consideração a

subjetividade do sujeito, valorizando-o. Estas ações ocorreram no nível das relações sociais, e ocorreram no decorrer do dia-a-dia, podendo ser estabelecidas entre profissionais de saúde, com a instituição e principalmente com o usuário deste serviço (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004; MELO et al., 2009; PENTEADO, 2004; SOUZA et al., 2005).

Cabe ressaltar, que para que a educação em saúde não fracasse, é preciso que os indivíduos tenham interesse e motivação para atuar como atores críticos e atuantes de sua vida (MELO et al., 2009; SCHMIDT, 2011; SOUZA et al., 2005; OLIVEIRA, 2005; SOUZA et al., 2007). Neste sentido, percebeu-se que no decorrer das visitas todos participantes estavam interessados em mudar hábitos que são fatores de risco para desenvolver um ECV, cada um de sua maneira. Tendo em vista a subjetividade do sujeito e também de que para que seja efetiva a promoção de saúde, o sujeito deve participar ativamente no processo de mudança de hábitos de vida, o que foi percebido o interesse nos participantes do estudo, foi um processo de ensino-aprendizagem, pois para evoluir a pesquisa foi necessário aprender e conhecer cada sujeito na sua individualidade e a coletividade de sua residência para aplicar ações que fossem efetivas para um cuidado integral dos mesmos (MELO *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2012).

A pesquisa revelou que 50% dos usuários tinham um baixo risco de desenvolver um ECV, ou seja, chance menor de 10%, 41,6% obtinham um risco moderado, entre 10 a 20% de risco e o fator predominante para o risco foi a idade do indivíduo e 8,3% obteve um alto risco. Como mostra o estudo de Souza *et al* 2013, ocorre maior aceitação de participar de pesquisas entre pacientes com baixo risco, podendo assim explicar o resultado deste estudo.

Constata-se que os participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa são os que possuem um maior controle dos fatores modificáveis para DCNT, desta forma, o estudo pode ter apresentado um viés de auto seleção. Possivelmente os indivíduos com um menor controle sobre os fatores modificáveis não aceitaram participar da pesquisa, tendo uma maior probabilidade de possuir um alto risco de desenvolver um ECV.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivenciamos a rotina de um serviço público de Atenção Primária à Saúde, sendo este uma UBS, com suas limitações e potencialidades. Para realizar esta pesquisa, o fato das UBS não possuírem uma população adscrita, e não terem cadastros de todas as famílias que utilizam o serviço, por ser um local de demanda espontânea, sem o acompanhamento das famílias, limitou muito o acesso a usuários que poderiam ser participantes da pesquisa, sendo assim, um campo que limita a evolução deste tipo de estudo.

A partir dessa vivência, compreendeu-se a experiência como algo de grande valia, apesar de não ter sido possível a mensuração de quanto os participantes e seus familiares modificaram seus hábitos que podem ser fatores de risco. Além de que foi realizado em um tempo cronológico que pode ser considerado insuficiente para afirmar transformações no estilo de vida e em exames laboratoriais, não foi possível avaliar se houve redução de risco de desenvolver um ECV.

Acreditamos que as ações de educação em saúde não devem ser impositivas, mas emergir das demandas e necessidades apresentadas pelos indivíduos, devendo ser trabalhadas de forma motivacional e horizontal, sempre com vistas à troca de saberes. A utilização de material impresso visou atingir o maior número de pessoas da residência, além de uma maneira de sanar dúvidas futuras dos usuários.

Durante a evolução deste estudo, ocorreram vários fatores que limitaram a pesquisa, entre eles, o reduzido número de usuários que aceitaram participar, as férias do clínico geral da UBS, os dados insuficientes ou desatualizados dos prontuários e cadastros, a dificuldade da realização da busca ativa, a ausência de ACS no UBS que acompanhem as famílias, a necessidade de apresentar exames laboratoriais para inclusão na pesquisa e a falta de medicamentos na UBS durante o período de busca. Para a evolução de futuros estudos, deve-se avaliar e tentar reduzir a influência destes fatores limitantes.

Recomenda-se que, em estudos futuros, de caráter longitudinal, devam ser planejadas a continuidade e a avaliação da efetividade das ações desenvolvidas, verificando se as orientações e indicações, feitas por ocasião das visitas domiciliares. As mudanças nas rotinas dos participantes, além de melhoras nos resultados dos exames laboratoriais e no EF precisam ser proporcionadas, para assim ter uma melhor resolutividade e ampliação do número de pessoas beneficiadas com esta proposta. Visto que ações de educação em saúde são custo-efetivas no que se trata de prevenção de doenças e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (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, 244 p, 2011.
- BRAND, C,I; ANTUNES, R,M; FONTANA, R,T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *CogitareEnferm.* Jan/Mar; 15(1):40-7, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (DCNT) 2011 -2022*, Brasília – DF, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6):2305-2316, 2009.
- CAVALARI, E.; *et al.* Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de Hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 20(1):67-72, jan/mar, 2012.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*. (15)4:701 -710, 1999.
- DE PINHO, P. M.; *et al.* Síndrome metabólica e sua relação com escores de risco cardiovascular em adultos com doenças crônicas não transmissíveis. *RevSocBrasClin Med.* Jan-mar;12(1):22-30, 2014.
- DUNCAN, B. B.; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. Vol. 46, supl. 1 (dez. 2012), p. 126-134, 2012.
- FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *RevBrasEnferm*, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 567-73.
- GOULART, F. A. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controles e desafios para os sistemas de saúde*. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2011.
- LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. *RevMed* (São Paulo). Out.-dez;87(4):232-7, 2008.
- 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.

- 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.
- PEREIRA, V.O.M; *et al.* Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(8):1546-1558, ago, 2012.
- 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):1731 -1739, 2014.
- RIBEIRO, A. G.; *et al.* A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):7-17, 2012.
- 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.
- SIMÃO A. F., *et al.* I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Vol 101, n 6, Suplemento 2, Dez, 2013.
- SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M.I.P.C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Latino-am Enfermagem*, março-abril; 15(2):423-31, 2007.
- SOUZA, M. K., *et al.* Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE): Fatores que interferem na adesão. *ABCD ArqBrasCir Dig*;26(3):200-205, 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Você está sendo convidado para participar de um estudo 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; desenvolver ações de educação em saúde.

Se você fizer parte do grupo que participará das palestras de educação em saúde, também terá que trazer ou realizar alguns exames laboratoriais, no início e no final do estudo. Estes testes não terão custo financeiro para você, e será solicitado pelo médico da Unidade Walter Aita, tendo você que se dirigir até ela para sua realização. Você terá que responder a um questionário para verificar se você tem ações que auxiliam ou prejudicam sua saúde, no início e final do estudo (após aproximadamente 4 meses).

RISCOS: A coleta de sangue para a realização destes exames tem o desconforto da picada da agulha, podendo algumas vezes haver mancha roxa no local. Você pode sentir algum desconforto ou cansaço ao responder ao questionário.

BENEFÍCIOS: você tomará conhecimento de vários fatores que podem auxiliar na sua saúde.

Você não receberá nenhum auxílio financeiro para participar da pesquisa, mas também não terá custos. Você tem direito de ser recusar a participar ou de desistir da participação na pesquisa em qualquer momento, sem que isto interfira no seu atendimento clínico e sem que sejam necessárias maiores explicações.

Todas as informações pessoais fornecidas 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 você.

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.

Caso tiver novos questionamentos e/ou dúvidas sobre este estudo, posso chamar Débora Posser Vieira, Natalhye Rossato Lorensi e Maria Denise Schimith (pesquisadoras responsáveis) no telefone (55) 9925-7699, (55) 9641 -1322 ou (55) 3220-8473.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Santa Maria, _____, de _____, de 20____.

Assinatura e nome do Participante ou Responsável

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B – 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: _____ cm 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: _____

APÊNCIDE C – MATERIAL ILUSTRATIVO – FOLDER



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA ÊNFASE EM ATENÇÃO BÁSICA

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

PARA TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL...



Fazer alimentos os mais naturais possíveis



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



Diminuir o consumo de alimentos processados



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



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

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!!!

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 motivos

- Ajuda na manutenção do peso;
- Aumenta o controle da glicemia em diabéticos;
- Diminui a pressão arterial em hipertensos;
- Mantém 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 ânimo, a disposição e a qualidade do sono;
- Eleva a autoestima;
- Faz bem ao coração;
- Acolhe o metabolismo (bem para quem quer emagrecer).

Fumar causa câncer:

- na laringe
- no pulmão
- na boca.



Fumar também causa perda de dentes!

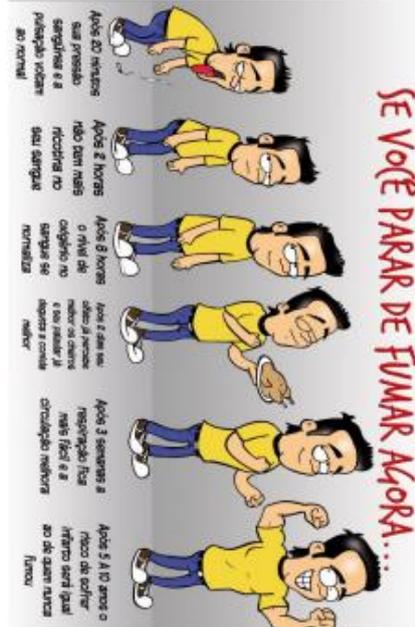
Esses cânceres são mais frequentes quando associado com a bebida alcoólica.

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.

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

SE VOCE PARAR DE FUMAR AGORA...

- Após 20 minutos sua pressão sanguínea e a pulsação voltam ao normal
- Após 2 horas não tem mais nicotina no seu sangue
- Após 8 horas o nível de oxigênio no sangue se normaliza
- Após 2 dias seu odor alvejado melhor ou desaparece e seu paladar melhor e cozinha 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



Tome muita água



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



DÊ O PRIMEIRO PASSO



Escolha o primeiro dia para parar de fumar




FAÇA EXERCÍCIOS



As pessoas não fumantes, principalmente crianças e idosos, que convivam próximos de fumantes também sofrem com o cigarro inalando a fumaça e as estas substâncias tóxicas.

futuramente essas pessoas também podem ter doenças respiratórias, como asma, sinusite e alergias.



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.

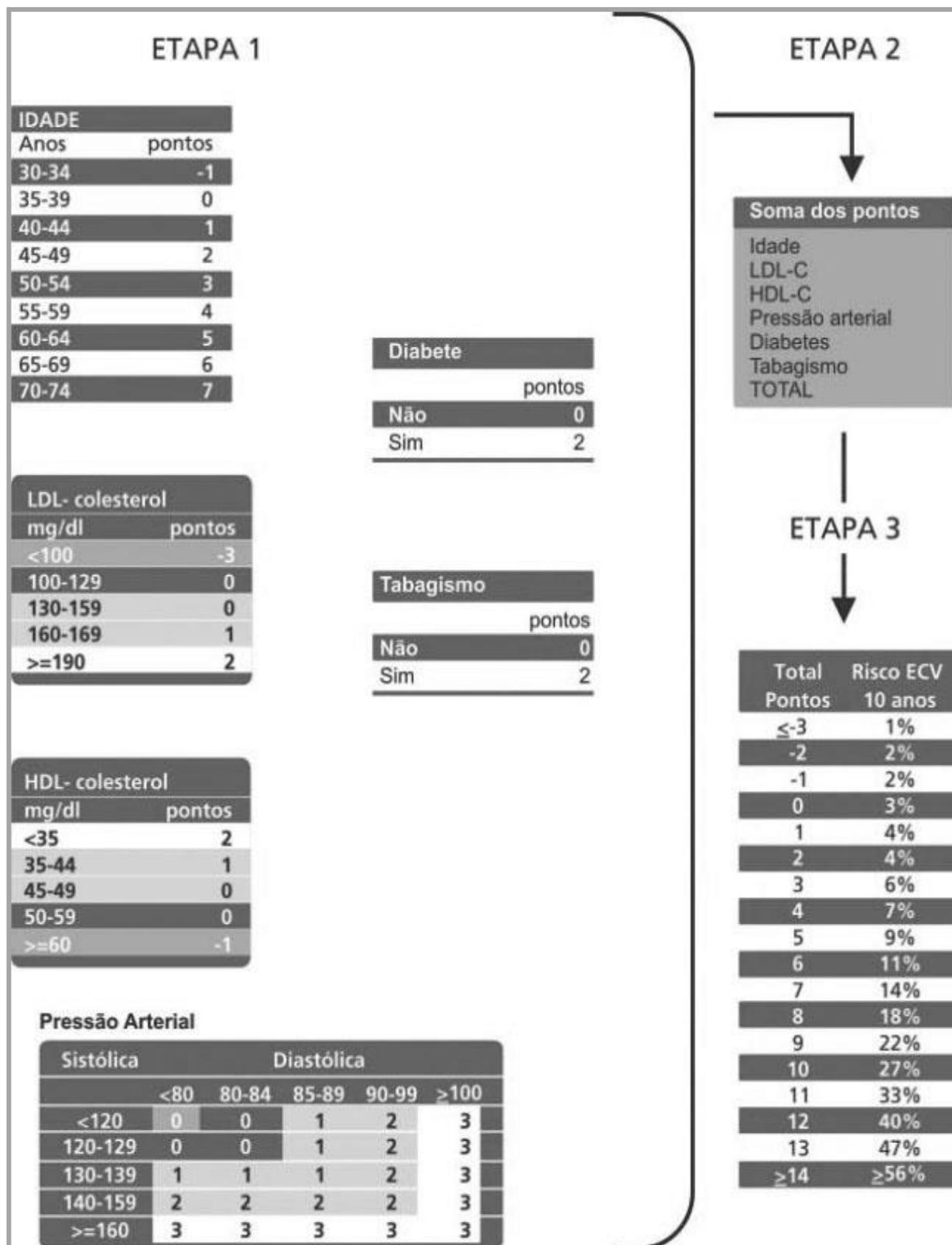
Consumir álcool todos os dias pode levar ao alcoolismo, que é uma doença que afeta o metabolismo e os órgãos. Também interfere na vida de quem convive com a pessoa que bebe.

Hipertensão

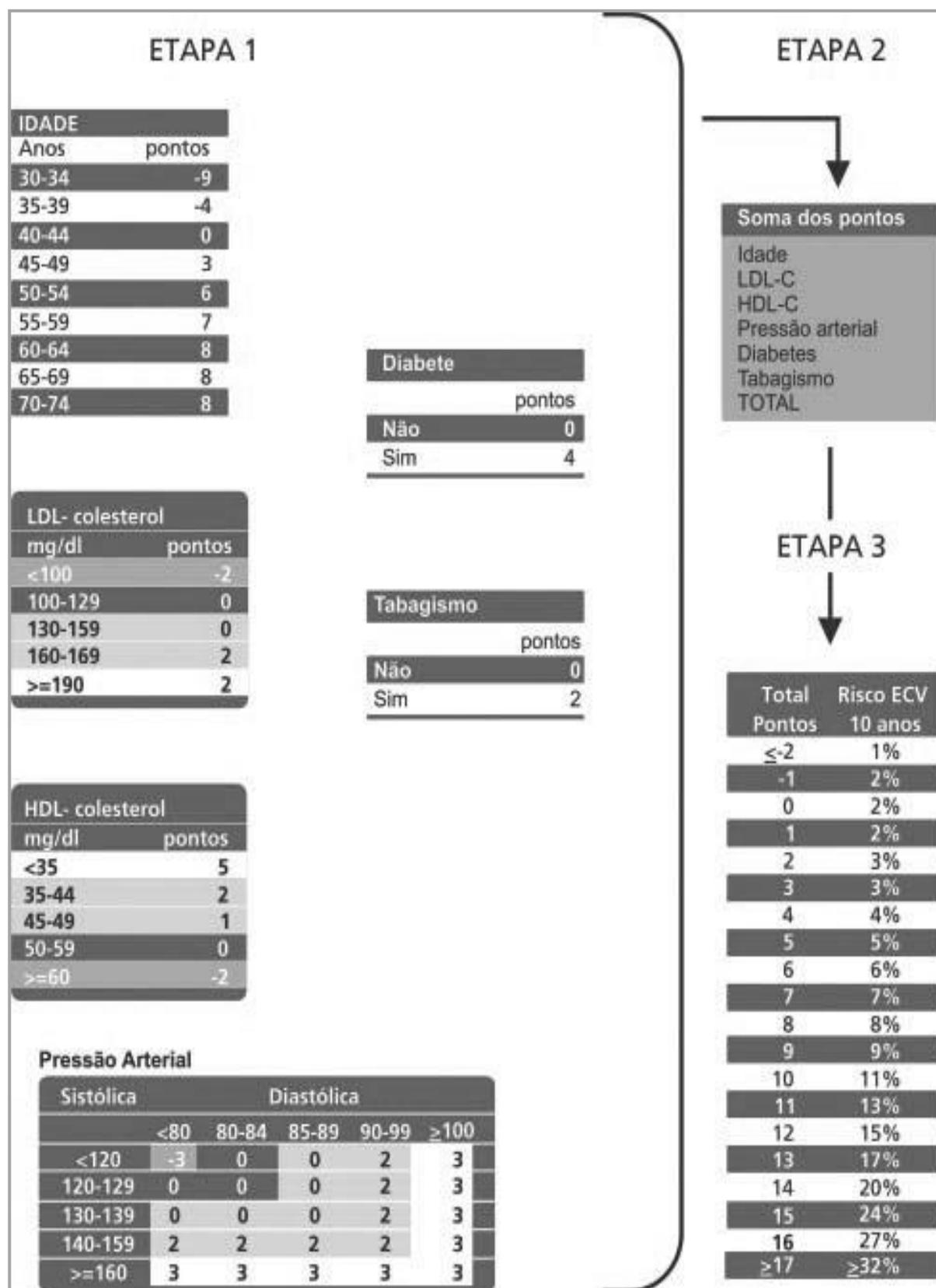
Doença silenciosa, previna-se.



ANEXO A - ESCORE DE FRAMINGHAM REVISADO PARA HOMENS



ANEXO B - ESCORE DE FRAMINGHAM REVISADO PARA MULHERES



ANEXO C – NORMAS REVISTA

Revista Saúde em Debate

*Instruções aos autores para preparação
e submissão de artigos*

ATUALIZADA EM DEZEMBRO DE 2013

A Revista Saúde em Debate (RSD), criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Política editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O Cebes não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site <http://www.cebes.org.br>.

Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

- 1. Artigo original:** resultado final de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.
- 2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.
- 3. Revisão sistemática:** revisão crítica da literatura sobre tema atual, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.
- 4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo

Editor Científico, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e referências.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

Submissão e processo de julgamento

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br.

Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho.

Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: www.saudeemdebate.org.br.

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

Registro de ensaios clínicos

A RSD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Formatação do trabalho

- O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

- Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

- O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.

- O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês

- Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:

- Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
- Métodos descritos de forma objetiva.
- Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
- Conclusão.
- Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

- O texto completo deve conter:

- Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
- Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
- Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
- No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
- Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho.
- Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br. Em seguida apresenta-se o texto.

- Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Exemplo: Reforma Sanitária¹.

- Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.

- Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'.
- Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à Revista.
- Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o título e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Exemplos de citações

Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

Citação direta

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais". (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N.A. Problemática teórica da determinação

social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Normas para publicação da Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2010.

Documentação obrigatória

As declarações de 'Autoria e Responsabilidade' e de 'Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa' devem ser assinadas e postadas nos correios ou digitalizadas e enviadas para o e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br), depois do artigo aprovado:

1. Declaração de autoria e responsabilidade.

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

2. Ética em pesquisa

No caso de pesquisa que envolva seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais-, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

3. Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel: (21) 3882-9140/9140 - Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br