

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- PAB 4
MODALIDADE A DISTÂNCIA

Denis Cabada Parra

**Projeto de Intervenção com a finalidade de atualizar os
profissionais quanto aos riscos das doenças isquêmicas**

**SÃO PAULO
2015**

Denis Cabada Parra

Projeto de Intervenção com a finalidade de atualizar os profissionais quanto aos riscos das doenças isquêmicas

Projeto de Pesquisa apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu em Saúde da Família da Universidade Federal de São Paulo, orientado pelo Prof. Ms.

**SÃO PAULO
2015**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVO.....	5
2.1.Objetivo Geral.....	5
2.1.Objetivo Específico.....	5
3. METODOLOGIA	6
3.1. Tipo de Intervenção.....	6
3.2. Local de Intervenção	6
3.3. Sujeitos de Intervenção.....	6
3.4. Instrumento de Intervenção	7
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	9
5. CRONOGRAMA.....	10
6. REFERÊNCIAS	11

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são um problema de saúde e um desafio devido seu rápido crescimento em todo o mundo e sua influência na morbidade e mortalidade. Estima-se que no ano de 2012, as doenças crônicas contribuíram com aproximadamente 68% do total de mortes. Espera-se que a proporção da carga de doenças crônicas não transmissíveis aumentará em 50% até 2020. Quase a metade de todas as mortes por doenças crônicas são atribuíveis à doença cardiovascular (DCV)¹. Dados da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde indicam que as doenças cardiovasculares, em 2012, causaram 17,5 milhões de mortes, destas 7.4 milhões se atribuíram a doença isquêmica do coração (DIC).¹

As DCV são as principais causas de morte no Brasil. São responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos. Segundo o Ministério da Saúde, ocorreram 962.931 mortes em indivíduos com mais de 30 anos no ano 2009. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em levantamento inédito, mostra que doenças isquêmicas do coração são as maiores causas de óbitos no Estado de São Paulo. Em 2011, foram 27.692 casos em todo o Estado de São Paulo, cerca de 80 mortes por dia.²

Doença Isquêmica do Coração é uma entidade que agrupa um conjunto de doenças relacionadas com isquemia consecutiva. As apresentações clínicas incluem isquemia silenciosa, angina estável, angina instável, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e morte súbita¹. Todos compartilham uma base fisiopatológica comum onde a progressão ou a ruptura de uma placa ateromatosa é o acontecimento patológico primário e varia entre 50 a 70% dos pacientes^{2,3}.

A aterosclerose coronariana está intimamente relacionada com certos hábitos de vida e atributos pessoais. Estes são chamados de fatores de risco, porque sua presença está associada a uma maior probabilidade de o indivíduo desenvolver tais doenças e suas conseqüências. Entre estes fatores estão os que não podem ser modificados como: genética, idade e sexo e modificáveis como, hipercolesterolêmica, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, inatividade física e consumo de álcool³. O aspecto mais importante é que a adoção prática saudáveis de prevenção e controle dos fatores de risco está relacionados

com uma redução do número de eventos isquêmicos, se iniciado antes do início do aparecimento clínico (prevenção primária), e depois (prevenção secundária)^{4,5}.

Desde 1990, mais pessoas morreram de doença arterial coronariana do que qualquer outra causa no mundo. Embora os fatores genéticos desempenhem um papel, no mínimo, 80% delas tinham um ou mais dos principais fatores de risco influenciados pelo estilo de vida⁷.

Nossa UBS, Vila Magini, do município Mauá, SP, tem uma população total de mais de 45 000 pessoas, dado que é muito variável devido a migração. A intervenção é muito importante devido que mais do 40 % da população maior de 40 anos apresenta alguma das formas da DIC ou pelo menos 2 fatores de risco

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Construir um plano de intervenção, com a finalidade de capacitar a equipe de saúde a atuar sobre os principais fatores de risco modificáveis para as Doenças Isquêmicas do Coração.

2.2 Objetivos Específicos

Realizar grupos de encontros de capacitação com o objetivo de sensibilizar a equipe sobre a importância da atualização sobre os fatores de risco da doença isquêmica do coração da UBS Vila Magini.

Construir juntamente com a equipe um plano de intervenção para atuar sobre os fatores de risco para as DICs na comunidade.

3. METODOLOGIA

3.1. Sujeitos envolvidos e benefícios da Intervenção

O estudo será realizado com todos os profissionais envolvidos no atendimento direto aos pacientes que compõe a Equipe da UBS VI. Magini.

Será realizado um grupo focal de intervenção, as opiniões são levantadas, mas há também um caráter educativo e informativo.

3.2. Cenário da Intervenção

O projeto será realizado na Unidade Básica de Saúde da VI. Magini, situada na cidade de Mauá, Estado de São Paulo. Trata-se de um serviço do SUS que oferece atendimentos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. A unidade apresenta um modelo misto, ou seja, parte organiza-se no modelo tradicional e parte em equipes de saúde da família.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo substitutivo da atenção básica convencional, compromissada com a promoção à saúde, com as mudanças nos hábitos e padrões de vida, com maior capacidade para atender as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência.

3.3. Estratégias e Ações da Intervenção

Como instrumento de intervenção será adotado grupos focais, onde os profissionais serão convidados a participar.

Inicialmente será realizada uma sensibilização da equipe sobre a importância da atualização dos profissionais quanto ao tema proposto, dando ênfase aos profissionais de saúde, sobre a importância das orientações e do esclarecimento das dúvidas dos portadores de doenças cardiovasculares durante as consultas.

Os grupos ocorrerão de acordo com a cada 6 (seis) meses e serão realizados por toda a equipe amarela sendo composta por um médico, um enfermeiros e dois auxiliares de enfermagem.

Cada palestra terá a duração de, no máximo, uma hora e 30 minutos, antecedida ou concluída com dinâmica de sensibilização. Os materiais e equipamentos utilizados para os encontros serão cartazes, folders, notebook para a apresentação das palestras, bonecos, entre outros materiais didáticos para a apresentação dos temas abordados. Materiais como cartazes e folders poderão ser anexados nas salas de espera como maneira de informação sobre as DICs aos usuários do serviço.

3.4. Avaliação e Monitoramento

A avaliação será feita mediante o acompanhamento das demais equipes da UBS Vila Magini, com a problemática do tema e manejo com os pacientes portadores de doenças crônicas.

4. RESULTADOS ESPERADOS

A intervenção educativa tem o objetivo de contribuir para a prevenção de doença isquêmica do coração na UBS de Vila Magini, destinado a determinar o grau de conhecimento dos fatores de risco para essas doenças e sua prevenção;

Estimular a equipe de profissionais da saúde para a construção de um plano de ação que aperfeiçoe as maneiras de tratamento e prevenção das DICs.

5. CRONOGRAMA

Etapas do Estudo	Ago/ 2014	Set/ 2014	Out/ 2014	Nov/ 2014	Dez/ 2014	Jan/ 2014	Fev/ 2014
Elaboração do Projeto							
Aprovação do Projeto							
Levantamento do Referencial Teorico							
Construção da Introdução							
Construção do Projeto							
Discutir com Orientador							
Finalizar Projeto de Intervenção							
Obter autorização e envio Projeto							

6. REFERÊNCIAS

1. <http://www.docsalud.com/articulo/4895>
2. http://saude.sp.gov.br/ses/noticias/2013/maio/doencas-isquemicas-do_coracao-sao-as-principais-causas-de-morte-em-sp
3. Hamm C, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *RevEspCardiol*. 2012;65(2):1-55.
4. G Sanz Romero. Cardiopatía isquémica. En CD ROM Principios de Medicina Interna de Farreras, Rozman. 14ª Edición. Ediciones Harcourt, S. A. Velázquez, 24, 5.º Dcha. 28001 Madrid. España. 2005.
5. Delcán, J.L. Cardiopatía Isquémica. Epidemiología de la Cardiopatía Isquémica: Factores de Riesgo y Prevención Primaria. Madrid 1999.
6. Velázquez O, Peralta R, Esqueda L, Hernández G, Castillo C, Attie F, et al. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Arch Cardiol Mex*. 2007; 73: 62-77.
7. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongaville J, et al. Third Joins Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Cardio Prev Rev*. 2005; 10 (1):1-78. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2013;29(3):369-378 <http://scielo.sld.cu> 377
8. Balaguer-Vintró I. Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. *RevEspCardiol* 2004;57(6):487-94.
9. Jiang G; Wang D, Wei Li, Pan Y, Zheng W, Zhang H, et al. Coronary heart disease mortality in China: age, gender, and urbanrural gaps during epidemiological transition. *RevPanam Salud Publica* 2012(consultado 12 de mayo de 2012); 31 (4). Disponible en:<http://www.scielosp.org>
10. Brandão A, Magalhães M, Pozzan R, Brandão A. Síndrome metabólico en jóvenes: diagnóstico y tratamiento. *RevEspCardiol* 2005; 58 (2):3-13.
11. Álvarez A, Rodríguez L, Chacón T. Factores de riesgo de la miocardiopatía hipertensiva. *Rev Cubana Med* 2007(consultado 12 de mayo de 2012);46(1).Disponible en:<http://scielo.sld.cu/scielo>.
12. Andrés E, León M, Cordero A, Magallón R, Magán P, Luengo E, et al. Factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida asociados a la aparición prematura de infarto agudo de miocardio. *RevEspCardiol*. 2011; 64 (6):527-529.
13. Mazón P. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. *RevEsp Cardiol*.2012; 65 (2):3-9.
14. Peña L, Bueno A, Soto J, Yuste M, Barranco F. Síndrome coronario agudo en la mujer. Diferencias de género. *MedClin (Barc)*. 2011; 137 (14): 623-30.
15. Beltrán J, Beltrán R, Caisedo V, García M, Mansur F, Jaramillo C, et al. Guías Colombianas de Cardiología. *Revista Colombiana de Cardiología* 2008 (consultado 12 de mayo de 2012); 15 (3).Disponible en:<http://www.scielo.org>.
16. Santos C, Badimón J. Lipoproteínas de alta densidad y reducción de riesgo cardiovascular: ¿promesas o realidades? *RevEspCardiol*. 2012; 65 (4):305-8.
17. Carroll M, Lacher D, Wolz M, Sorlie P. 30-year trends in serum lipids among United States adults: results from the national health and nutrition examination surveys II, III, and 1999-2006. *Am J Cardiol*. 2011; 107:1868-70.
18. Guallar P, Gil M, León L, Graciani A, Bayán A, Taboada J, et al. Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010: el estudio ENRICA. *RevEspCardiol*. 2012; 65 (6):551-8.
19. Díaz J, Achilli F, Figar S, Waisman G, Langlois E, Galarza C, et al. Prevención de eventos cardiovasculares en hipertensos mayores de 65 años bajo el cuidado de un programa de control. Estudio de cohorte. *An. Med. Interna* 2005(consultado 12 de mayo de 2012); 22 (4). Disponible en:<http://scielo.isciii.es>

20. Núñez J, Martínez M, Rastrollo M, Toledo E, Beunza J, Alonso A. Consumo de alcohol e incidencia de hipertensión en una cohorte mediterránea: el estudio SUN. *RevEspCardiol*. 2009; 62 (6): 633-41.
21. Djoussé L, Mukamal K. Consumo de alcohol y riesgo de hipertensión: ¿tiene importancia el tipo de bebida o el patrón de consumo? *RevEspCardiol*. 2009; 62(5): 603-5. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2013;29(3):369-378 <http://scielo.sld.cu> 37822. Cordova A, Villa.G, Sureda A, Rodriguez J, Sánchez M. Actividad física y factores de riesgo cardiovascular de niños españoles de 11-13 años. *RevEspCardiol*. 2012 [citado 24 mar 2013]; 65 (7). Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/actividad-fisica-factores-riesgo-cardiovascular/articulo/90141409/>
23. Healy G, Owen N. Conducta sedentaria y biomarcadores del riesgo cardiometabólico en adolescentes: un problema científico y de salud pública emergente. *RevEsp Cardiol*.2010; 63 (3):261-4.
24. Masterson R, Smeeth L, Gilman R, Miranda J. Physical activity and cardiovascular risk factors among rural and urban groups and rural-to-urban migrants in Peru: a cross-sectional study. *Rev PanamSaludPublica* 2010[citado 2013 Mar 21]; 28 (1).Disponible en:<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a01.pdf>
25. López F, Cortés M. Obesidad y corazón. *RevEsp Cardiol*.2011; 64 (2): 140-9.
26. Barrios V, Gómez R, Rodríguez R, Velasco P. Adiponectina, un factor de riesgo cardiovascular emergente. Estudio REFERENCE. *RevEspCardiol*. 2008; 61 (11): 1159-67.
27. Yusuf S, Teo K, Anderson C, Pogue J, Dyal L, Copland I, et al. Effects of the angiotensin-receptor blocker telmisartan on cardiovascular events in high-risk patients intolerant to angiotensin-converting enzyme inhibitors: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2008; 372:1174-83.
28. López A, González J, Beltrán M, Alwakil M, Saucedo J, Bascuñana A, et al. Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda. *Ver EspCardiol*. 2008; 61(11):1150-8.
29. Castelo L; Licea M. Dislipoproteinemia y diabetes mellitus. *Rev Cubana CardiolCirCardiovasc* 2010;16(2):140-55.
30. Vanuzzo D, Pilotto L, Mirolo R, Pirelli S. Cardiovascular risk and cardiometabolicrisk: an epidemiological evaluation. *G Ital Cardiol* 2008; 9:6-17.
31. Mateol, Morillas P, Quiles J, Castillo J, Andrade H, Roldán J, Agudo P. ¿Qué medida del grosor íntima-media carotídeo caracteriza mejor la carga aterosclerótica del paciente hipertenso: valor máximo o medio? *RevEspCardiol*. 2011; 64 (5): 417-20.
32. Garcia I, Pereira J, Prieto E, Tejero C. Enfermedad cardiovascular y función renal. Mecanismos patogénicos. *Rev Esp Cardiol*. 2008.