



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Alexander Esteban Villanueva Palmero

**Intervenção educativa sobre fatores de riscos cardiovasculares
na população adulta do Centro Municipal de Saúde Hélio
Smidt- Rio de Janeiro.**

Rio de Janeiro

2015

Alexander Esteban Villanueva Palmero

Intervenção educativa sobre fatores de riscos cardiovasculares na população adulta do Centro Municipal de Saúde Hélio Smidt - Rio de Janeiro.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientadora: Prof.^a Denise Alves José Da Silva

Rio de Janeiro

2015

RESUMO

As Doenças Cardiovasculares (Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca Congestiva), o Acidente Vascular Encefálico, Doença Arterial Periférica e as Doenças Renais, estas são as principais causas de morte no Brasil. Os fatores de riscos reconhecidos no desenvolvimento destas doenças têm alta prevalência na população brasileira. As determinantes sociais como o desenvolvimento econômico social, e as políticas públicas do país que determinam a cultura e ambiente socioeconômico de uma região com influência sobre os hábitos e estilos de vida da população como: tabagismo, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, os quais favorecem a hipertensão arterial, a diabetes, a obesidade, dislipidemias, que por sua vez incrementam os riscos de doenças cardiovasculares, produzindo invalidez, aposentadoria precoce, maior dificuldade econômica, estresse, e também aumento da mortalidade. (BRASIL, 2006) A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por Doença Isquêmica do Coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. (BRASIL, 2006) Tendo em conta os elementos já descritos acima, a equipe Portinari do Centro Municipal de Saúde (CMS) Hélio Smidt, na Maré, no município do Rio de Janeiro propor um projeto de intervenção educativa para elevar os conhecimentos sobre fatores de riscos cardiovasculares na população adulta (população que possui entre 20 a 59 anos de idade, segundo preconiza a OMS), trata-se de um estudo de intervenção educativa com desenho quantitativo, bibliográfica e descritiva diante do qual a equipe vai definir quais são os fatores de risco reconhecidos na população adscrita, além de explicar alguns aspectos epidemiológicos da doença e elaborar uma proposta de intervenção educativa para melhorar os conhecimentos sobre os fatores de riscos cardiovasculares nossa população de abrangência.

Descritores: Promoção da saúde; Educação em saúde; Vigilância epidemiológica; Fatores de risco; Determinantes sociais da saúde;

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	4
1.1	Situação Problema	5
1.2	Justificativa	6
1.3	Objetivos	10
	Objetivo Geral	10
	Objetivo Específico	10
2.	REVISÃO DE LITERATURA	11
3.	METODOLOGIA	13
3.1	Desenho da Operação	13
3.2	Público-alvo	13
3.3	Parcerias Estabelecidas	14
3.4	Recursos Necessários	14
3.5	Orçamento	14
3.6	Cronograma de Execução	15
3.7	Resultados Esperados	15
3.8	Avaliação	16
4.	CONCLUSÃO	17
	REFERÊNCIAS	19

• INTRODUÇÃO

O projeto de Intervenção foi constituído como parte do trabalho de conclusão de curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família na Universidade Aberta do SUS (UNASUS). A motivação para esse estudo surgiu a partir de o número de pacientes hipertensos portadores de doenças cardiovasculares (DCV) na população adulta (população que possui entre 20 a 59 anos de idade segundo a OMS) do CMS Hélio Smidt no Complexo da Maré no município do Rio de Janeiro.

As repercussões do desenvolvimento científico e tecnológico nas condições de vida da população têm levado ao aumento da expectativa de vida, expondo a população a um maior risco de desenvolver doenças crônicas degenerativas; enquadra-se nesta categoria as doenças cardiovasculares, mudanças industriais e sociais que se refletem no campo da saúde drasticamente no perfil de morbimortalidade da população com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre essas as DCV assumem fundamental importância.

No Brasil, representam a maior causa de morte e estão relacionadas a grande morbidade, produzem elevados custos para a economia, sistema de saúde e previdência social, sobretudo para os familiares. Estima-se que essas taxas tendem a crescer no Brasil devido ao controle inadequado dos fatores associados ao desenvolvimento dessas doenças. Tendência oposta observa-se nos países desenvolvidos. (SAMPAIO et al., 2010) Dentre as DCNT, destacam-se as DCV e a hipertensão arterial (HA) com uma prevalência estimada de 35% na população acima de 40 anos. A instalação da HA ocorre cada vez mais precocemente e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Isso representa, em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença no país. (RIBEIRO et al., 2012)

As doenças cardiovasculares são, atualmente, as causas mais comuns de morbimortalidade no mundo. Na perspectiva da prevenção de doenças e agravos, tornam-se fundamentais ações que criem ambientes favoráveis à saúde e favoreçam escolhas saudáveis. Nesse contexto, programas de intervenção de base comunitária têm sido introduzidos em diferentes países, desde o início da década de 70, com o objetivo de modificar fatores de risco cardiovascular e diminuir a morbidade e mortalidade por doenças

cardiovasculares. (RIBEIRO et al., 2012) Destaca-se nessas experiências a importância das políticas públicas e dos sistemas de vigilância dos fatores de risco cardiovascular, para conhecer a magnitude do problema e desenvolver ações mais custo-efetivas.

1.1 Situação-problema

A equipe Portinari no CMS Hélio Smidt tem uma população adulta de 2081 pacientes, deles 409 são hipertensos e 89 têm doenças cardiovasculares o que representa 4,27% da população adulta e 21,7% dos hipertensos segundo dados do prontuário eletrônico do paciente (PEP). As cifras apresentam-se abaixo das mostradas pela literatura revisada quanto a prevalência da doença; estima-se que a prevalência da HA é entre 22,3%- 43,9% da população adulta no Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia e que em 2003 no Brasil 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares. (MENEZES; GOBBI, 2010)

Mesmo com as ações realizadas pela equipe constatou-se que não existe um registro sistematizado e um controle no atendimento aos pacientes com doenças cardiovasculares, sendo observada uma falta de registro de acompanhamento desse grupo, que tem uma considerável prevalência na comunidade, e o que é mais preocupante, associada a falta de conhecimento desses pacientes sobre a doença e seus fatores de risco. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arteriais aumentadas ou mal tratadas podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce. (PASSOS et al., 2006) Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade.

Fontes das Nações Unidas (PASSOS et al., 2006) indicam que no Brasil a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o

aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares.

De tudo descrito anteriormente desprende-se a importância da identificação de pessoas com alto risco de sofrer da enfermidade nas idades adultas e é precisamente com o seguimento do médico no posto de saúde com o qual pode valorizar de se ter um melhor controle a todas aquelas pessoas com fatores de risco para seu seguimento, deve-se executar ações educativas, de promoção, prevenção de saúde e reabilitação para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem manifestar uma doença. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com a diminuição dos fatores de risco. (RIBEIRO et al., 2012) Promover um estilo de vida saudável deve ser prioridade da equipe de saúde para os indivíduos com doenças cardiovasculares, pois desta forma serão evitadas complicações e futuras internações, com isso, os gastos do SUS serão menores e o paciente terá uma vida mais saudável, uma vez que o risco de desenvolver demais co-morbidades será diminuído, a prevenção das complicações nos hipertensos deve focar os fatores de risco, nos quais a equipe deve atuar para eliminá-los ou reduzi-los. É possível realizá-la por intermédio de ações educativas, podendo abranger a comunidade ou apenas o paciente e sua família.

1.2 Justificativa

O ônus econômico das doenças cardiovasculares é uma crescente preocupação devido ao alto custo para a sociedade, para as famílias e para os indivíduos, quando o capital social e humano é atingido por longos períodos de deficiência, mortalidade prematura, assistência e métodos diagnósticos caros. A força de trabalho da maioria dos países é afetada por estas doenças, apesar de alguns de seus principais fatores de riscos conhecidos serem evitáveis.

As doenças cardiovasculares de maior importância na saúde pública são as doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral) e as doenças isquêmicas do coração, por serem as mais frequentes em termos de

mortalidade, incapacitação permanente e temporária e de alto custo para o sistema de saúde. Essas doenças compartilham vários fatores de risco inter-relacionados; entre eles, os mais conhecidos e objetos de programas verticais ou isolados de controle são: hipertensão arterial, hipercolesterolemia, obesidade, tolerância reduzida à glicose e diabetes mellitus como fator de risco. Acrescente-se a estes, aspectos considerados comportamentais como inatividade física, tabagismo, alcoolismo e consumo de alimentos ricos em gordura animal. No entanto, estes fatores de risco biomédicos e de estilo de vida, embora sejam prevalentes nas populações ocidentais, explicam apenas uma pequena proporção da variância das doenças cardiovasculares.

Acumulam-se claras evidências que as desigualdades sociais são fatores determinantes dessas doenças e que sem reduzi-las, as estratégias de controle das doenças cardiovasculares baseadas apenas nos aspectos de estilos de vida, que colocam a grande responsabilidade para o controle dos fatores de risco apenas no paciente, terão pouca influência na morbimortalidade. Nenhum estudo abrangente foi publicado sobre o custo das doenças cardiovasculares na América Latina.

Nos Estados Unidos, é de cerca de 2% do produto interno bruto, estimando-se estes custos anuais em cerca de 300 bilhões de dólares. (MATOS et al., 2002). Um estudo no Canadá constatou que 21% de todos os custos com doenças crônicas não transmissíveis são atribuídos às doenças cardiovasculares, num total de US\$ 12 bilhões anuais. (MATOS et al., 2002) Esses custos incluem tratamento, consultas e custos indiretos, como a perda de renda devido à deficiência e à morte. A doença cardiovascular também foi considerada responsável pela maior proporção (32%) de perda de renda devido à morte prematura. Devido ao ônus que as doenças cardiovasculares impõem sobre os países em desenvolvimento, o problema não pode ser analisado somente em termos do setor saúde. Soluções unidimensionais, lidando com fatores de risco ou doenças, independentemente, têm um alcance muito limitado. Há outros elementos subjacentes comuns a várias doenças e fatores de risco, o que requer uma perspectiva sistêmica abrangente que examine os processos múltiplos e a complexa interação indivíduo-sociedade-

meio ambiente, onde se deve enquadrar a promoção de saúde e também a prevenção e o controle das doenças cardiovasculares.

A redução progressiva da mortalidade por estas doenças, conforme apontado anteriormente, não pode ser explicado pelos fatores de risco conhecidos, visto que tanto a elevação, mas principalmente a redução da mortalidade, não foram precedidas por mudanças no mesmo sentido da incidência, da prevalência ou do controle destes fatores, seja nos países desenvolvidos, seja nos países em desenvolvimento. Portanto, torna-se de importância fundamental que se levantem novas hipóteses ou sejam analisados novos dados que possam melhor explicar as mudanças ocorridas. Os dados associando as condições de vida inadequadas, devido ao baixo nível socioeconômico da população, às doenças cardiovasculares, são irrefutáveis. O impacto das baixas condições socioeconômicas sobre a saúde não se faz apenas nas doenças cardiovasculares, estudo canadense demonstrou que os 20% mais pobres que viviam na periferia das áreas urbanas apresentavam taxas de mortalidade significativamente mais elevadas para doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus e doenças respiratórias do que os indivíduos de maior renda. (MATOS et al., 2002) Em face deste cenário, para obter mudanças bem-sucedidas, efetivas e que tenham o potencial de alcançar todos os setores da população é necessário que se desenvolvam estratégias em múltiplos níveis, de forma a provocar uma mudança geral do sistema.

Três níveis de ação podem ser identificados: (a) políticas e regulamentos sobre macro determinantes; (b) ações baseadas na comunidade e nas famílias para promover a participação da população e afetar à demanda; e (c) modificações centradas no serviço de saúde para atender às necessidades daqueles com uma determinada condição. Esses níveis, apesar de inter-relacionados, ocorrem em cenários diferentes. A comunidade e a família, isto é, os grupos sociais, fornecem os canais pelos quais os três níveis de ação podem ser integrados. Tudo indica que as abordagens que envolvem mais de um nível necessariamente incluem a participação da comunidade e são, geralmente, as que alcançam melhores resultados. Trabalhar com as organizações da comunidade, tendo por fim obter a participação dos principais interessados, desde a realização do diagnóstico da situação até a formulação e

a execução do plano de intervenção, é o compromisso que pode garantir os melhores resultados e a continuidade da proposta. (MATOS et al., 2002)

Os conselhos de saúde, as associações de bairro, as associações esportivas, empresariais, profissionais e estudantis, os sindicatos, as igrejas, os clubes e as entidades culturais, entre outras, são possuidoras de experiência de participação na área da saúde e devem ser mobilizadas a participar de forma integrada. Além da promoção de atividades educativas e de outros eventos que estimulem novos hábitos e comportamentos, a comunidade, através de suas organizações, pode viabilizar as condições que dão suporte às mudanças. Esta integração contribui para o processo de desenvolvimento social, na medida em que as propostas devem abranger a melhoria dos atuais indicadores socioeconômicos e ambientais da população.

A promoção da saúde nos ambientes de trabalho resulta em benefícios para os trabalhadores e em economia para a empresa. Há que se olhar a Medicina do Trabalho como uma especialidade que fundamentalmente estuda a saúde do homem em seu ambiente laboral, mas que não pode e não deve, em seu pleno exercício, excluir os demais determinantes da saúde e seus diferentes ambientes. Todas as ações anteriores precisam do apoio de um sistema bem estabelecido de vigilância, voltado para as doenças cardiovasculares e seus fatores de risco.

Não é necessário que esses sistemas sejam nacionais. Os sistemas locais podem ser mais úteis, mas requerem coleta e análise contínua ou periódica dos dados para examinar tendências, monitorar atividades e avaliar sua pertinência. Assim, o enfoque destas estratégias não pode se limitar a modificações de estilos de vida ou medidas de caráter individual, mas utilizar estratégias coletivas, que permitam modificações ambientais e sociais mais amplas para que sejam mais eficazes.

1.3 Objetivos

-Objetivo geral

Propor um projeto de intervenção educativa para elevar os conhecimentos sobre fatores de riscos cardiovasculares na população adulta da Equipe Portinari do CMS Hélio Smidt no Complexo da Maré no município do Rio de Janeiro.

-Objetivos específicos

- 1-. Definir quais são os fatores de riscos reconhecidos no desenvolvimento das doenças cardiovasculares.
- 2-. Explicar os aspetos epidemiológicos mais importantes da doença.
- 3-. Elaborar uma proposta de intervenção educativa para melhorar os conhecimentos sobre os fatores de riscos cardiovasculares.

- **REVISÃO DE LITERATURA**

Os fatores de risco comportamentais ou condutas de risco constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta. No entanto, dentro do marco mais amplo da promoção da saúde, as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis à saúde. (BRASIL, 2006)

A Carta de Ottawa (1986), fruto da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Entre seus principais campos estão ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde. (SILVA et al.,2002)

Análises têm demonstrado que boa parte da diminuição da mortalidade por DCV foi atribuída às mudanças da população em relação aos principais fatores de risco, havendo evidências de que as modificações dietéticas foram o fator mais importante. (BRASIL, 2006)

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no Brasil desde os anos 60. Um estudo realizado na cidade de Salvador em 1985 pesquisou a relação entre hipertensão e doença cerebrovascular. Dos 1.088 pacientes com doenças cerebrovasculares estudados, hipertensão estava presente em 80 % de todos os casos e em 94% de as hemorragias parenquimatosas. (LOTUFO, 1998)

Faz-se necessário muito empenho nas ações educativas, afinal uma mudança no estilo de vida de uma população é algo que se consegue em longo prazo, por ser difícil o acesso e a aceitação da população, em geral. É de extrema importância a atuação de uma equipe multiprofissional para a realização de programas educacionais, tendo em vista minimizar o desconhecimento da população a respeito das doenças crônicas, no caso, as

doenças cardiovasculares, propiciando adesão ao tratamento e uma melhor qualidade de vida. A prevenção, a promoção e a educação em saúde, realizadas de forma adequada, contribuem muito para a redução de gastos pelo Sistema Único de Saúde [SUS]. (BRASIL, 2006)

- **METODOLOGIA**

- . **Desenho da Operação**

O presente estudo foi realizado pela equipe Portinari no CMS Hélio Smidt do Complexo da Maré. Esse trabalho foi desenvolvido no período de outubro 2014 a janeiro 2015, com 89 pacientes de ambos sexos com doenças cardiovasculares dentre uma população de 2081 adultos na área de abrangência da equipe. Foi feito um levantamento da realidade existente da unidade básica de saúde quanto ao número de pacientes com doenças cardiovasculares que frequentam o posto de saúde através uma busca feita no prontuário eletrônico dos pacientes (PEP) e consultas realizadas pela equipe. Primeiramente foi realizada uma revisão de literatura nacional para avaliar as contribuições dos estudos produzidos com relação a sistematização de acompanhamento de pacientes com doenças cardiovasculares visto que esta revisão possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir do tema de interesse. Trata-se de um projeto de intervenção educativa com desenho quali-quantitativo, bibliográfico e descritivo, para o qual foi realizada busca bibliográfica manual e computadorizada nas bases de dados PubMed e Lilacs, utilizando os descritores: Promoção da saúde; Educação em saúde; Vigilância epidemiológica; Fatores de risco; Determinantes sociais da saúde.

- . **Público- alvo**

Fizemos uma pesquisa ativa dos pacientes adultos com doenças cardiovasculares para conhecer quais desses fatores estão presentes na nossa comunidade para desenvolver posteriormente a intervenção educativa, e assim diminuir esses fatores de risco e conseguir aumentar o conhecimento dos pacientes sobre eles e desenvolver atividades de prevenção e de promoção da saúde. O presente projeto teve algumas etapas essenciais para sua execução: Etapa 1: Inicialmente foram identificados os pacientes adultos (população entre os 20 e 59 anos de idade) com doenças cardiovasculares em nossa área de abrangência para assim determinar a população em estudo. O estudo foi realizado por a equipe através de informações adquiridas do PEP, das visitas domiciliares, o acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas.

Etapa 2: Os pacientes selecionados foram convocados à unidade para descrição rápida e objetiva da importância do projeto de intervenção.

Etapa 3: Determinação de quais fatores de risco estavam presentes nos pacientes a partir da coleta de dados composta por idade, sexo, escolaridade, fatores de risco (hipertensão, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade, hipercolesterolemia) e outras doenças crônicas.

Etapa 4: Agendamento da reunião com o grupo de estudo para apresentação dos participantes e definição compartilhada dos temas de interesse.

Etapa 5: Implementação do projeto de intervenção educativa durante atividades coletivas com pacientes portadores de doenças cardiovasculares através de conversas e apresentações expositivas organizadas pelos agentes comunitários de saúde com a participação de toda a equipe e com auxílio de data show e material educativo sobre os fatores de risco dessas doenças.

- **Parcerias Estabelecidas**

É muito importante que a gerente da unidade tenha participação no projeto. No nosso estudo ela foi a responsável de estabelecer parceria com as instituições educacionais, culturais e esportivas, assim como instituições não governamentais e junto às lideranças da comunidade no território de abrangência da equipe.

- **Recursos Necessários**

Humanos: Equipe de saúde da família, Gerente da unidade e pacientes com doenças cardiovasculares.

Materiais: PEP, ficha para avaliação dos usuários, material de escritório, Data show, cartolinas, canetas, cartinhas educativas, material audiovisual sobre as doenças cardiovasculares e seus fatores de risco e sala de reunião.

- **Orçamento**

Nas reuniões prévias ao desenvolvimento do projeto a equipe solicitou a gerente da unidade recursos que estavam disponibilizados no posto e foram doados a equipe para a realização do estudo.

- **Cronograma de execução**

	ATIVIDADES	Out	Nov	Dez	Jan
1	Revisão bibliográfica sobre o tema do projeto	X	X	X	X
2	Escolha da mostra para o estudo	X			
3	Coleta de dados e determinação dos fatores de risco	X	X		
4	Agendamento dos pacientes por micro áreas para atividades		X		
5	Realização das atividades coletivas			X	X
6	Apresentação do projeto			X	X

- **Resultados esperados**

A equipe Portinari espera diminuir os fatores de risco cardiovasculares na população de estudo e aumentar os conhecimentos sobre fatores de riscos cardiovasculares na população adulta além de melhorar os conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares. O seu sucesso envolve, portanto, a superação de algumas barreiras importantes, entre elas, a desinformação, a resistência à mudança, a exclusão social, os conflitos de interesses e a distância entre o conhecimento científico e a sua aplicabilidade. Com a realização deste projeto cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos e atitudes e a equipe multiplicará o treinamento dos profissionais envolvidos.

- **Avaliação**

Temos proposto o monitoramento do projeto durante as reuniões da equipe cada semana (quinta feira) aonde os membros da equipe vão traçar as estratégias para o desenvolvimento do estudo e análise crítica das ações desenvolvidas, acerto de arestas e novas orientações, caso necessárias. Buscando uniformização de procedimentos e linguagem, o que determina o bom funcionamento do grupo e mostra a filosofia de trabalho: caminhar unidos na mesma direção. A aplicação da coleta possibilitará avaliar os pontos positivos e negativos do ponto de vista dos pacientes assim como os tópicos esperados e alcançados por eles com a intervenção. As atividades coletivas são muito importantes, pois os pacientes com doenças cardiovasculares mostrarão suas experiências e opiniões que ajudarão em conjunto com as palestras da equipe a melhorar seus conhecimentos sobre os fatores de risco e como prevenir a doença.

Nesse tipo de atividade, o paciente identifica-se com outros indivíduos com problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas, com isso, todos passam a compartilhar das experiências de cada um, buscando soluções reais para problemas de saúde semelhantes.

- **CONCLUSÃO**

Como determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção. Os fatores de risco presentes nos pacientes com doenças cardiovasculares na área de abrangência da equipe Portinari foram: baixo nível de atividade física no lazer na população adulta, pequeno percentual de pacientes que consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana, elevada cifra de pacientes que consomem alimentos com elevado teor de gordura e alto consumo de refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o sobrepeso e a obesidade, além disso, 48% dos pacientes do projeto não fazem o tratamento regular da hipertensão, das cardiopatias e nem da diabetes mellitus. As doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo as doenças cardiovasculares, representam um problema de saúde global que afeta de forma mais intensa os países de baixa e média renda como o Brasil a população da nossa equipe tem comportamento semelhante, na Maré, onde a exposição cada vez maior da população às doenças crônicas se deve à urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, a globalização de hábitos não saudáveis (como os fast foods), a industrialização e mecanização da produção, por isso é a importância das parcerias para superar os fatores determinantes do processo saúde doença com o objetivo de viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução dessas doenças e seus fatores de risco, em especial para as populações em situação de vulnerabilidade.

O enfrentamento as doenças cardiovasculares depende, em grande medida, da redução dos seus fatores de risco, isto é, do tabagismo, da inatividade física, da alimentação não saudável e do controle da hipertensão arterial. É necessária uma ação intersetorial e com foco na prevenção e na promoção da saúde para a diminuição dos fatores de risco, o processo educativo é lento, as mudanças de atitudes são demoradas e a comunicação clara, objetiva e equilibrada é crucial para o alcance das metas.

O nosso projeto de intervenção pretende elaborar uma proposta de intervenção educativa para melhorar os conhecimentos sobre os fatores de riscos cardiovasculares de nossa população de abrangência, além de diminuir esses fatores nos pacientes estudados.

REFERÊNCIAS

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006.
2. SAMPAIO et al. Risco cardiovascular global em pacientes de USF. Rev Bras Cardiol. 2010;23(1):47-56
3. RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, S.M.R. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. Ciência & Saúde Coletiva, 17(1):7-17, 2012. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csc/v17n1/a02v17n1.pdf. Acesso em: 14 Janeiro 2015
4. MENEZES, A.G.M.P.; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(1):97-102.
5. PASSOS, V.M.DE A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(1): 35 – 45. Disponível em: scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf - Acesso em: 22 Fevereiro 2015
6. MATOS, M.F.D.; FISZMAN R. Estratégias de prevenção para doenças cardiovasculares e promoção de saúde. 2002. Disponível em: sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2003_02/a2003_v16_n02_art05.pdf. Acesso em: 22 Fevereiro 2015
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 14. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília; 2006.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CARTA DE OTTAWA. PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE.** Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 4 Janeiro 2015
9. SILVA et al. Promoção da Saúde da Família. Rev Bras Saúde Família 2002; 2(6):50-63.
10. LOTUFO, P.A. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil; comparação com outros países. Arq. Bras. Cardiol. 1998;70:321-25.