

UM OLHAR SOBRE A FEIRA DA SAÚDE COMO ATIVIDADE DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A LOOK AT THE TRADE FAIR HEALTH AS UNIVERSITY EXTENSION ACTIVITY IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE

Déborah Silveira König¹
 Ubirajara Vinholes Filho²
 Denise Silva da Silveira³
 Bárbara Heather Lutz⁴
 Fernando Vinholes Siqueira⁵

¹ Aluna do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Integrante da Liga Acadêmica de Medicina da Comunidade e Epidemiologia (LAMCEP) desde agosto de 2013, exercendo atualmente o cargo de Vice-Presidente na diretoria da mesma.
 E-mail: deborah_konig@hotmail.com

² Aluno do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Integrante da Liga Acadêmica de Medicina da Comunidade e Epidemiologia (LAMCEP) desde agosto de 2013, exercendo atualmente o cargo de Presidente na diretoria da mesma.
 E-mail: biravinholes_o6@outlook.com

³ Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Técnica em Educação do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.
 E-mail: denisilveira@uol.com.br

⁴ Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.
 E-mail: barbaralutz@msn.com

⁵ Doutor em Educação Física na Área de Atividade Física e Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Escola Superior de Educação Física e coordenador do Projeto UBS + Ativa.
 E-mail: fcvsiqueira@uol.com.br

Resumo

O relatório expõe a experiência de alunos vinculados à Liga Acadêmica de Medicina de Comunidade e Epidemiologia (LAMCEP), da Universidade Federal de Pelotas, em uma atividade extracurricular ao ar livre para promover ações educativas em saúde, práticas de atividade física e avaliação clínica de condições de risco para doenças cardiovasculares, construindo assim um espaço de promoção à saúde e prevenção de doenças na esfera da comunidade. A atividade direta dos alunos da medicina com a população acolheu 27 pessoas, sendo 23 mulheres (85,2%) e quatro homens (14,8%), todos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. No tocante ao risco cardiovascular, 16 indivíduos (59,5%) apresentaram Alto Risco. Das 23 mulheres, 69,6% se enquadravam em parâmetros de rastreamento para câncer de colo do útero, e 65,2% estavam na faixa-etária de rastreamento com mamografia. Na percepção dos alunos, o evento possibilitou consolidar a realização das atividades optativas ou de extensão vinculadas à integração ensino-serviço-comunidade.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Prevenção de Doenças.

Abstract

The report exposes the experience of students linked to Academic League of Community and Epidemiology Medicine (LAMCEP) of the Federal University of Pelotas in an extracurricular activity outdoors to promote educational activities in health, physical activity practices and clinical evaluation of risk conditions for cardiovascular disease, thus building a space for health promotion and disease prevention at the community level. The direct activity of students of medicine with the population received 27 people, 23 women (85.2%) and four men (14.8%), all of UBS coverage area. With regard to cardiovascular risk, 16 individuals (59.5%) had high risk. Of the 23 women, 69.6% not fit in screening parameters for cervical cancer, and 65.2% were from the age group of screening with mammography. For students the event made it possible to consolidate the achievement of optional or extension activities related to the teaching-service-community integration.

Keywords: Primary Health Care. Health Education. Disease Prevention.

Introdução

A Atenção Primária a Saúde (APS), termo cunhado pela primeira vez em 1920 no Relatório Dawson, representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema de Saúde, e constitui-se como eixo articulador desse sistema por favorecer uma aproximação dos serviços à sociedade civil na busca por melhor qualidade de vida. Ainda, compete a APS contribuir com o desenvolvimento social e econômico global da comunidade (LORD DAWSON, 1920; WHO, 2010).

Nesse ponto de atenção da rede assistencial, a equipe de saúde se responsabiliza pelo cuidado do indivíduo e sua família no decorrer do tempo, provendo atenção integral para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordenar ou integrar a atenção fornecida nos demais níveis de cuidado. São competências da APS a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, promoção e atenção à saúde, prevenção de doenças, bem como tratamento e reabilitação, além de trabalho em equipe (STARFIELD, 1992). Contextualizando para o Brasil, a APS iniciou sua reestruturação nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do surgimento do Programa de Saúde da Família em 1994, que propunha a reorganização das práticas a partir do conhecimento das reais necessidades de saúde da comunidade sob a responsabilidade de cada equipe vinculada ao Programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

As ações preventivas no contexto da APS são definidas como qualquer ato que vise diminuir a morbimortalidade dos indivíduos. Sinteticamente, podemos descrever os quatro tipos de prevenção como sendo primária (ação para remover os fatores de risco e fatores causais antes desses determinarem algum agravo de saúde); secundária (ações de diagnóstico precoce); terciária (prevenção de complicações da doença já estabelecida e/ou reabilitação); e quaternária (práticas que visem evitar a iatrogenia, ou seja, intervenções médicas inapropriadas) (BRASIL, 2010a). Ademais, tais medidas possibilitam a minimização de custos e recursos necessários para a prestação dos serviços em saúde e do sofrimento não só físico, mas social e psicológico que recai sobre o indivíduo doente (NERO, 2002; BRASIL, 2010b, TAKEDA, 2013). Institucionalmente, o Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas se estruturou originalmente a partir da área de APS e, atualmente, esta área conta com quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) como unidade de ensino, que têm sido a referência e o espaço de formação para médicos e graduandos das demais profissões da área da saúde nos últimos trinta anos, tanto no nível da graduação quanto na pós-graduação, particularmente no contexto da criação do SUS e na implementação da Estratégia Saúde da Família.

Nesse sentido, a equipe de saúde de uma UBS de Atenção Primária à Saúde, vinculada ao ensino de graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pelotas, realizou em 2014 uma Feira da Saúde, atividade para proporcionar aos indivíduos

participantes um espaço multidisciplinar que disponibilizou atividades educativas em saúde, práticas de atividade física e avaliação clínica de condições de risco para doenças cardiovasculares, construindo assim um espaço de promoção à saúde e prevenção de doenças no âmbito da comunidade. A eleição da população alvo e dos temas esteve pautada na importância das doenças crônicas no cenário epidemiológico dos problemas que mais afetam a saúde dos indivíduos e da população brasileira, que são condições muito prevalentes e multifatoriais a partir de determinantes biológicos e socioculturais, e das medidas preventivas já ofertadas pela UBS (BRASIL, 2014).

A atividade de extensão integrou uma das intervenções do Projeto de UBS + Ativa, aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Superior de Educação Física, via Plataforma Brasil, com o nº CAAE 13650513.3.0000.5313 de 22/03/2013.

Destacaremos, nesta publicação, tanto as características demográficas, os comportamentos preventivos e os fatores de risco referentes à saúde da mulher, no que se refere à realização dos exames citopatológicos de colo uterino e mamografia, quanto à prevalência de risco cardiovascular entre participantes de uma Feira de Saúde, quanto o relato da experiência dos alunos da Liga Acadêmica de Medicina da Comunidade e Epidemiologia (LAMCEP) em relação à participação do evento. Todas as mulheres identificadas com exame citopatológico e mamografia em atraso e todos os participantes classificados como de risco aumentado para doença cardiovascular tiveram atendimento garantido na UBS Areal Leste da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI).

Materiais e Métodos

O evento multidisciplinar contou com a presença de diversos profissionais de saúde da UBS, professores e estudantes da UFPeI. Desses, havia duas médicas e oito acadêmicos da área de Medicina; duas enfermeiras; uma nutricionista e duas acadêmicas de Nutrição; um professor, dois acadêmicos de pós-graduação e oito da graduação do curso de Educação Física; uma assistente social; e, o grupo de Agentes Comunitários de Saúde da unidade, contabilizando 26 pessoas. A organização do evento ocorreu durante as reuniões da equipe de saúde que contou com a presença dos alunos e do Coordenador do projeto de pesquisa UBS + Ativa. Os recursos materiais que possibilitaram a sua realização foram custeados pelos professores que trabalham na UBS.

A Feira foi estruturada em um espaço social da comunidade, previamente identificado em contato com lideranças locais, e cada área profissional organizou um estande para trabalhar com a população temas específicos de seu campo de atuação. No estande destinado à Medicina, os acadêmicos acolheram a população e aplicaram um questionário a cada indivíduo que frequentou a Feira da Saúde para investigar a prevenção em Saúde da Mulher quanto à realização de exame citopatológico e a mamografia, o tabagismo e Risco Cardiovascular (RCV). O RCV foi estimado por meio da avaliação clínica que considera achados no exame clínico e estratifica o risco de

cada indivíduo em: a) Alto Risco, b) Risco Baixo/Intermediário e, c) Não apresenta risco aumentado (BRASIL, 2006). A Figura 1 apresenta os achados clínicos que integram a avaliação, além da idade e sexo do indivíduo e está organizado na forma como integrou as perguntas do questionário.

RISCO CARDIOVASCULAR	
Alto Risco: 1 critério é suficiente (autorreferidos)	
<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio	<input type="checkbox"/> Nefropatia
<input type="checkbox"/> Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio	<input type="checkbox"/> Retinopatia
<input type="checkbox"/> Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo	<input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta abdominal
<input type="checkbox"/> Ataque Isquêmico Transitório (AIT)	<input type="checkbox"/> Estenose de carótida sintomática
<input type="checkbox"/> Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo (HVE)	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
Baixo Risco/Risco Intermediário: pelo menos 2 critérios	
<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos)
<input type="checkbox"/> Hipertensão (PA > 140/90)	<input type="checkbox"/> Sexo masculino
<input type="checkbox"/> Obesidade (IMC > 30)	<input type="checkbox"/> Idade > 65 anos
<input type="checkbox"/> Sedentarismo (faz atividade física no tempo de lazer?)	
Resultado:	
<input type="checkbox"/> Risco alto	↳ Consulta
<input type="checkbox"/> Risco Baixo/Intermediário	↳ Consulta
<input type="checkbox"/> Não apresenta risco aumentado	

Figura 1
Estratificação do Risco Cardiovascular e seus componentes.
Fonte: Elaboração própria dos alunos da LAMCEP.

Logo após, realizou-se a aferição das medidas antropométricas: altura (em centímetros) com o paciente na posição supina sobre um piso rígido e nivelado, peso (em quilogramas), circunferência abdominal (em centímetros) e da pressão arterial (milímetros de Mercúrio - mmHg) com o indivíduo sentado e o braço desnudo ao nível do coração. Os instrumentos utilizados para estas aferições incluíram estadiômetro de haste fixa de madeira, balança digital da marca GERALTHERM devidamente calibrada, fita métrica inelástica, estetoscópio e esfigmomanômetro aneróide devidamente calibrado. O treinamento para a realização das medidas ocorreu entre o grupo. O questionário e as medidas foram aplicados após termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos participantes.

O questionário aplicado foi de autoria dos alunos integrantes da LAMCEP sob a orientação das professoras coordenadoras. Algumas respostas e resultados levavam ao encaminhamento do paciente para consulta médica, por exemplo o atraso da realização do exame citopatológico e da mamografia se população alvo, interesse em cessação de tabagismo e risco cardiovascular elevado. Os participantes com exames atrasados foram encaminhadas à consulta médica na UBS, com o objetivo de realizar as ações necessárias. Caso essa pessoa residisse na área de abrangência da UBS ela tinha sua consulta garantida e, caso não residisse, recebia um documento solicitando a marcação de consulta como prioridade em sua UBS de referência para atendimento.

A Figura 2 mostra os trechos do questionário utilizados para avaliar a saúde da mulher.

Figura 2
Questionário referente à perguntas sobre a Saúde da Mulher.
Fonte: Elaboração própria dos alunos da LAMCEP.

1) PREVENÇÃO DO CADE COLO DE ÚTERO	
1.1 - Está na faixa etária para rastreio?() Sim () Não (mulheres sexualmente ativas/ 25 a 65 anos)	
1.2 - Realizou exame citopatológico nos últimos 3 anos?.....() Sim () Não	Consulta →
2) PREVENÇÃO DO CADE MAMA	
1.1 – Estratificação de risco: Alto Risco (pelo menos 1 resposta SIM)	
a) História pessoal de câncer de mama.....() Sim () Não	
b) História familiar de Ca de mama masculino.....() Sim () Não	
c) Familiares (1º grau – mãe, irmã, filha) com Ca de mama bilateral ou de ovário, em qualquer idade.....() Sim () Não	
d) Familiares com Ca de mama antes dos 50 anos (1º grau – mãe, irmã, filha)...() Sim () Não	
e) Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.....() Sim () Não	
1.1.1 – Se sim a algum dos itens anteriores, está realizando rastreamento precoce (a partir dos 35 anos)?.....() Sim () Não	Consulta →
1.2 – Rastreamento Baixo Risco	
a) Está na faixa etária para rastreio (50 a 74 anos)?.....() Sim () Não	
b) Realizou mamografia nos últimos 2 anos?.....() Sim () Não	Consulta →

Seis meses depois do término da Feira da Saúde, os prontuários dos indivíduos foram revisados para verificar a efetivação ou não da consulta orientada e, se realizada, se foi tratada a situação problema encontrada. Para os casos que não estavam em acompanhamento foi tentado contato telefônico. Os dados foram digitados no software Epidata, versão 3.1, editados e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0, que incluiu a frequência simples das variáveis.

Fundamentação Teórica

Os dois assuntos mais intensamente abordados foram o cálculo de risco cardiovascular no tocante a prevenção de Infartos, Acidente Vascular Cerebral e outros agravos cardiovasculares, além da saúde da mulher no que tange principalmente a prevenção do câncer de colo uterino e do câncer de mama, temas que são de extrema importância e significado, tanto estatisticamente quanto psicológica e socialmente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

A principal causa de morte no mundo, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, são as doenças cardiovasculares consideradas por definição como doenças crônicas. A estimativa para o ano de 2020 de óbitos por doença arterial coronariana aumentará em 100% em homens e 80% em mulheres, realidade que assusta e reforça a necessidade da implantação de medidas imediatas voltadas à prevenção e à redução de risco cardiovascular (RIBEIRO, 2005; GATTI et. al, 2008, BRASIL, 2014). O cuidado das doenças cardiovasculares é complexo dado que são condições bastante preva-

lentes e multifatoriais, e deve envolver diversas categorias profissionais das equipes de saúde da APS, as famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Em relação à saúde da mulher, entre as principais causas de óbito feminino estão as neoplasias, em especial as de mama e colo uterino, portanto há uma grande preocupação para as autoridades sendo declarada pela OMS como prioridade urgente (WHO, 2010; BRASIL, 2013; INCA, 2015). O câncer do colo do útero é um problema de saúde pública e, no Brasil, é o terceiro câncer mais frequente no sexo feminino. É responsável pelo óbito de cerca de 230 mil mulheres por ano no mundo. Esse tipo de câncer possui como principal fator de risco a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) (BRASIL, 2013; INCA, 2015). A prevenção passa pela detecção precoce de lesões no colo uterino antes de se tornarem invasivas e dentre as técnicas de detecção, o exame citopatológico (CP) é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente (MOSCICKI, 2008; BRASIL, 2013).

Com relação ao câncer de mama, sua etiologia é considerada multifatorial na medida em que considera fatores biológico-endócrinos, características da vida reprodutiva da mulher, comportamento e estilo de vida como importantes determinantes da doença. Alguns fatores são mais conhecidos que outros e, entre esses, destacam-se o envelhecimento, a menarca precoce, a menopausa tardia, a história familiar de câncer de mama e a alta densidade do tecido mamário. Entre os demais estão incluídos o consumo de álcool, o excesso de peso, o sedentarismo e a exposição à radiação ionizante (BRASIL, 2013).

A prevenção do câncer do colo uterino e da mama ocupa papel de destaque nas ações de atenção à saúde da mulher. No Brasil, são esperados 16.340 casos novos de câncer do colo do útero e 57.960 casos novos de câncer de mama em 2016. No caso do câncer de colo de útero contra sua particularidade de ser o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura, quando o diagnóstico ocorre precocemente e é instituído tratamento adequado (INCA, 2015).

As ações que envolvem a saúde da mulher devem contemplar a prevenção, a promoção de saúde, o tratamento e a recuperação da saúde dos indivíduos e da família, eixos norteadores da APS desde 1978, com a Declaração de Alma-Ata, a qual vem orientando as reformulações políticas de saúde em todo o mundo e foi definida como principal estratégia para enfrentar e minimizar as iniquidades em saúde (ABRAHÃO, 2007; WHO, 2010).

Resultados

O evento Feira da Saúde ocorreu na data de sua programação e incluiu a participação de alunos dos cursos de educação física, enfermagem, medicina e nutrição, dos mais diversos semestres da graduação, assim como dos professores das disciplinas de APS e preceptores dos cursos envolvidos, coordenador do Programa UBS+Ativa e

todos os profissionais da equipe multidisciplinar da UBS. Neste sentido, ao final do evento, os organizadores-participantes se sentiram contemplados nas suas expectativas acadêmicas e muito gratificados, uma vez que o processo resultou de uma construção do coletivo envolvido.

No estande, com as atividades dos alunos da medicina, foram acolhidas 27 pessoas, sendo 23 mulheres (85,2%) e quatro homens (14,8%), todos da área de abrangência da UBS e que, em média, tinham 57,7 anos de idade (dp 13,55).

Após as avaliações por questionário e medidas antropométricas, houve necessidade de encaminhar 23 (85,2%) participantes para consulta médica na UBS. Desses, um (4,3%) não consultou até o dia da averiguação dos prontuários, 18 (78,3%) realizaram consulta e, em quatro casos (17,4%), não foi possível descobrir por não se encontrar o prontuário. Os motivos do encaminhamento foram a presença de algum fator de risco para doença cardiovascular e atualização de exames preventivos para algumas mulheres.

No tocante ao risco cardiovascular, 20 pessoas tinham algum RCV: 16 (59,5%) apresentaram Alto Risco e quatro (14,8%) foram classificados como Baixo / Intermediário Risco (BRASIL 2006; SIMÃO, 2013). Todas essas pessoas com RCV foram encaminhadas à consulta na UBS e, dessas, 16 (80%) realizaram a consulta ou já estavam em acompanhamento e para as demais quatro (20%) os prontuários não foram encontrados.

A Tabela 1 a seguir apresenta as prevalências dos indicadores de risco de maior frequência em cada grupo de risco.

Tabela 1
Distribuição dos indicadores mais frequentes para Alto e Baixo / Intermediário risco cardiovascular.

Critério de Risco Clínico	N	(%)
Alto		
Diabetes Mellitus	6	(22,2)
Infarto agudo do miocárdio prévio	5	(18,5)
Lesão de órgão alvo	4	(14,8)
Baixo / Intermediário		
Hipertensão arterial sistêmica	18	(66,6)
Obesidade	13	(48,1)
Sedentarismo	11	(40,7)
História Familiar de doença cardiovascular	9	(33,3)

Relativo aos fatores de Alto Risco para DCV destaca-se o Diabete Mellitus como o indicador mais prevalente e, aos do critério Baixo/Intermediário Risco Cardiovascular, Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2006; SIMÃO, 2013; BRASIL, 2014). O Índice de Massa Corporal teve média 30,8, sendo de 31 para o sexo feminino e de 29,8 para o sexo masculino e o tabagismo foi referido por três (11,1%) participantes.

Em relação à Saúde da Mulher, das 23 participantes do sexo feminino, 69,6% (n =16) se enquadrava em parâmetros de rastreio para câncer de colo do útero (idade entre 24 e 65 anos) e presença da cérvix uterina (BRASIL, 2013). Dessas, três (18,8%) estavam com o rastreio atrasado, ou seja, não realizaram exame citopatológico nos últimos três anos. Além disso, 15 (65,2%) estavam da faixa-etária de rastreio com mamografia bianual (idade de 50 a 74 anos), e uma (4,5%) apresentava fator de risco que justificava o rastreio oportunista, com mamografia anual a partir dos 35 anos, no caso, por conta de histórico familiar de primeiro grau com neoplasia de mama. Das que deveriam realizar rastreamento populacional de rotina (a cada dois anos), cinco (33,3%) estavam com a mamografia atrasada de acordo com os registros do prontuário médico (BRASIL, 2013).

Entre as sete (26,1%) mulheres encaminhadas à consulta médica para atualização dos exames preventivos, para cinco (71,4%) o motivo foi a mamografia atrasada e, dessas, apenas uma possuía anotado em prontuário a solicitação do exame. Não obstante, dos dois (28,6%) encaminhamentos para regularização do rastreamento de câncer de colo de útero, em um caso realizou-se a coleta do exame na UBS e, no outro caso, o prontuário não foi encontrado. Em resumo, dos sete problemas encontrados, um (14,3%) não se soube o destino por ausência de prontuário, dois (28,6%) foram resolvidos e quatro (57,1%) não foram solucionados.

A Figura 3 mostra os membros integrantes da Liga Acadêmica de Medicina da Comunidade e Epidemiologia juntamente com as professoras orientadoras. A Figura 4 revela o momento das entrevistas com os participantes da Feira da Saúde.



Figura 3
Membros da Liga Acadêmica de Medicina de Comunidade e Epidemiologia na Feira da Saúde.
Fonte: Fotografia de Cintia Müller Leal, 2014.

Figura 4
Membros da Liga Acadêmica de Medicina de Comunidade e Epidemiologia na Feira da Saúde. Fotografia de Cintia Müller Leal, 2014.



Ressalta-se que o presente trabalho também buscou avaliar a efetividade da Feira da Saúde como ação integrante do projeto de pesquisa UBS + Ativa, através da investigação do retorno dos participantes encaminhados por risco cardiovascular aumentado e com exames preventivos (citopatológico do colo uterino e mamografia) atrasados para consulta médica na UBS.

Na percepção dos alunos o evento contribuiu para a ampliação qualitativa e integrada da compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e seus desdobramentos na atenção em saúde e no trabalho em equipe multidisciplinar; consolidar a realização das atividades optativas ou de extensão vinculadas à integração ensino-serviço-comunidade, na medida em que possibilitou realizar ações integradas assistenciais e de prevenção de agravos e promoção de saúde na APS; e, por fim, a troca de conhecimentos e vivências entre os participantes. Outro relato foi que a Feira proporcionou a oportunidade de aproximação dos alunos da medicina com graduandos de outros cursos da área da saúde que, a exceção do curso de enfermagem, estão iniciando sua inserção na APS. Em 2014 a LAMCEP possuía 13 alunos e, destes, oito voluntariamente participaram da Feira da Saúde.

Considerações Finais

Apesar do pequeno número de participantes da comunidade na Feira da Saúde, foi possível identificar o potencial desse tipo de ação para a prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como proporcionar uma aproximação do público alvo à equipe de sua UBS, professores e acadêmicos da UFPel. Uma possível explicação para o número de participantes pode ser o fato de não ter havido amplo espectro de divulgação.

Ao final do trabalho, identificou-se que a maior parte da população participante da Feira da Saúde possuía risco cardiovascular aumentado e dentre os fatores de risco

mais frequentemente presentes destacaram-se a obesidade, o sedentarismo e a hipertensão. Sabe-se que tais condições são passíveis de modificação com acompanhamento adequado e algumas alterações da rotina como prática de atividade física e alimentação mais saudável, desde que, devidamente orientados.

Destacou-se a maior procura para atendimento na UBS dos portadores de risco cardiovascular (80% dos encaminhados), quando comparados aos atendimentos em relação à saúde da mulher (29% das encaminhadas). Estes resultados foram utilizados para reorganizar as ações de ensino e assistência tanto na prevenção do câncer de colo uterino e de mama, quanto da prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com risco cardiovascular.

Por fim, identificou-se a necessidade de maior comunicação entre os profissionais de saúde do serviço que acolhem a população encaminhada, assim como a de ampliação de programas que visem à aproximação dos promotores de saúde com a comunidade, gerando o empoderamento e conhecimento da condição de saúde por parte do próprio indivíduo. Dessa forma, planeja-se manter a realização dessas atividades, buscando formas de expandir e fortalecer tal prática.

Referências

ABRAHÃO, AL. Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde. **Informe-se em promoção de saúde**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Primária n. 14). BRASIL, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 25). BRASIL, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29). BRASIL, 2010b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 35. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015

GATTI, R. M. et. al. Avaliação dos Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana em Pacientes de São Caetano do Sul Segundo o Escore de Framingham e sua Relação

- com a Síndrome Metabólica. **ArqSannyPesq Saúde**. São Caetano do Sul, Editora CEPS, v. 1, n.1, p. 8-17, 2008.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral das Ações Estratégicas. Coordenação da Prevenção e Vigilância. **Estimativas de Câncer 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- LORD DAWSON OF PENN. Interin Reporto in the Future Provisions of Medical and Allied Services. United Kington Ministry of Health. **Consulated council on Medical Allied Services**. London: HerMajestySatationery Offices, 1920.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família. Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- MOSCICKI, A. B. HPV Vacines: Today and in the future. **J Adolesc Health**, São Francisco, Editora Elsevier, v. 1, n. 1, p.8 -17, 2008.
- NERO, C. R. D. O que é economia em saúde. In: PIOLA, S.F. & S.M. (Org.). **Economia em saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 2002. cap. 1, p. 05-22.
- SIMÃO, A. F.; I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 101, 2013, suplemento 2.
- RIBEIRO, RC. Cardiologia Baseada em Evidências. In: FILHO, WCP; BARBOSA, MM; CHULA, ED (Editores) **Cardiologia – Sociedade Mineira de Cardiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 4, p. 1-17.
- STARFIELD, B. **Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy**. London: Oxford University Press, 1992.
- TAKEDA, S. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Organizadores Bruce B. Duncan. et al. Capítulo 3: **A organização de Serviços de Atenção Primária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- WHO. World Health Organization. **Gender, women and primary health care renewal: A discussion papel**. World Health Organization, July, 2010.