

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

YADISNAY LEGRA MARTIN

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE PETROLÂNDIA II -
CONTAGEM - MINAS GERAIS.**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2015

YADISNAY LEGRA MARTIN

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE PETROLÂNDIA
IICONTAGEM - MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa.Silvana Spíndola de Miranda

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2015

YADISNAY LEGRA MARTIN

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE PETROLÂNDIA II -
CONTAGEM - MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Silvana Spíndola de Miranda - UFMG

Examinador 2 – Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de de2015

DEDICATÓRIA

- Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia.
- Dedico este trabalho a minha adorada família que é muito importante em minha vida, fonte de inspiração e incentivo no andar de cada dia.
- A meus pais por estar sempre a meu lado dando apoio e orientando me nos momentos mais difíceis de minha vida.
- A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTOS

- A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.
- Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.
- A Universidade UFMG, pela oportunidade de fazer o curso.
- A meus companheiros de trabalho principalmente aos Agentes Comunitários de Saúde que ajudaram na coleta de dados e informação para a realização deste trabalho.
- A professora Silvana Spíndola de Miranda pela contribuição para conclusão deste trabalho.

RESUMO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil, cerca de 30% dos óbitos em todas as faixas etárias. Na população de Petrolândia II existem fatores de risco como, obesidade, sedentarismo, maus hábitos alimentares, consumo do álcool, tabagismo, baixo nível cultural; que aumentam as incidências e complicação das doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes *melittus*. Assim, esse trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção com vistas à diminuição do risco cardiovascular na população de Petrolândia II, município de Contagem, Minas Gerais. Para desenvolver esse trabalho foi realizada revisão bibliográfica, tendo como fonte de informação a Biblioteca Virtual em Saúde, acerca dos fatores de risco cardiovascular. Além, de utilizar o método de Planejamento Estratégico Situacional, também será proposta uma discussão acerca de medidas educativas e empenho das políticas públicas de saúde na tentativa de diminuir a incidências e complicações dessas doenças crônicas e promover uma melhor qualidade de vida na comunidade.

Palavras-Chave: Doenças cardiovasculares. Hipertensão arterial. Fatores de riscos. Ações educativas.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main cause of death in Brazil, with approximately 30 % of deaths in all age groups. In the population of Petrolândia II are many risk factors such as: obesity, sedentary lifestyle, bad eating habits, alcohol consumption, smoking, low cultural level; who increase the incidence and complication of chronic diseases such as Systemic Arterial Hypertension and Diabetes *melittus*. The aim of this work is to propose an intervention plan to reduce cardiovascular risk in the population of Petrolândia II in the municipality of Contagem, Minas Gerais. To develop this work we did a literature review focused in the main cardiovascular risk factors; the main information source was the Virtual Health Library. Also we employed the Situational Strategic Planning method, as well we will propose a discussion about the relationship between educational actions and the commitment of public health policies in an attempt to decrease the incidence and severity of these chronic diseases, and promoting a better quality of life in Petrolândia II community.

Keywords: Cardiovascular diseases. Arterial hypertension. Risk factors. Educational activities.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
ACS	Agente comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
CICOBE	Companhia Imobiliária e Construtora de Belo Horizonte
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COPASA	Companhia de Saneamento
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DIC	Doença Isquêmica do Coração
DM	Diabetes <i>melittus</i>
EBCT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
IMC	Índice de Massa Corporal
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Ilustração 1: Localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes: País Brasil, Estado Minas Gerais. Cidades e povos pertos: Ibirité, Sarzedo e Betim.

Ilustração 2: Área de Petrolândia, Contagem, Belo Horizonte, mapa do Google.

Tabela 1- População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe 59 de saúde da família Petrolândia II, município Contagem, 2013.

Tabela 2. Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idade, da equipe 59 de saúde da família Petrolândia II, município Contagem, 2013.

Quadro 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe 59 Petrolândia II no ano 2013.

Quadro 2 – Operações sobre o "**Inadequado habito e estilo de vida relacionado ao incremento dos fatores de risco cardiovascular**", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 59 Petrolândia II, em Contagem, Minas Gerais.

Quadro 3 – Operações sobre o "**Insuficiente nível de informação sanitária da população relacionado ao incremento dos fatores de risco cardiovascular**", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 59 Petrolândia II, em Contagem, Minas Gerais.

Quadro 4 – Operações sobre o "**Dificuldades na organização do processo de trabalho da equipe de saúde relacionado ao incremento dos fatores de risco cardiovascular**", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 59 Petrolândia II, em Contagem, Minas Gerais.

SUMÁRIO

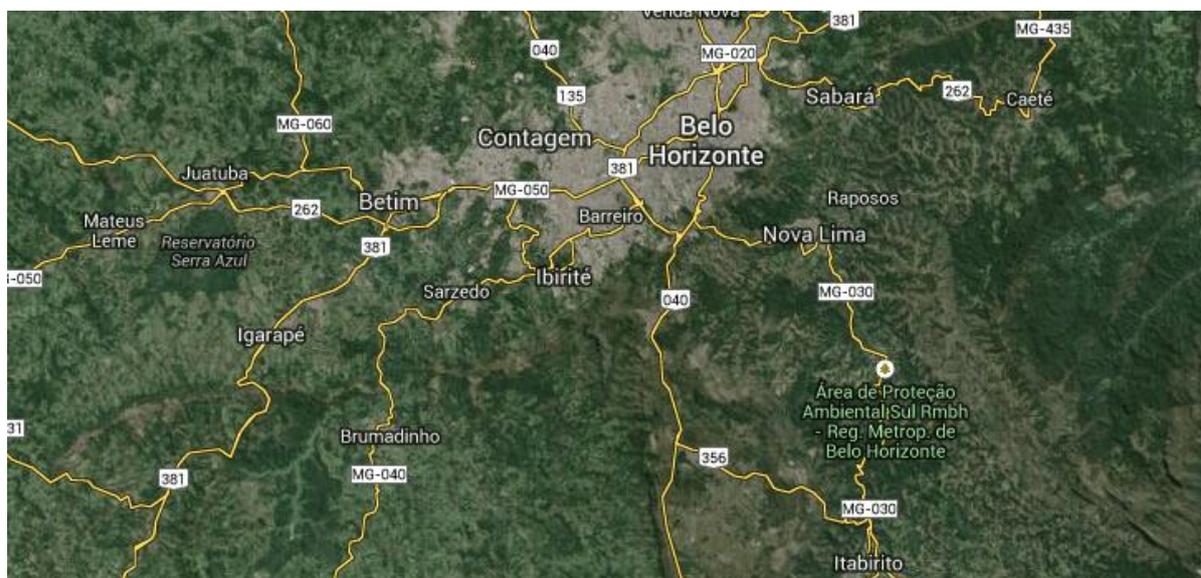
1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Histórico e descrição do município Contagem	11
1.2 Sistema de Saúde do Município	12
1.3 Histórico e descrição do bairro Petrolândia	13
2. BASES CONCEITUAIS	19
2.1 Doenças cardiovasculares	19
2.2 Fatores de risco	19
2.3 Medidas educativas	19
3. JUSTIFICATIVA	21
4. OBJETIVOS	23
5. DESENVOLVIMENTO	24
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico e descrição do município Contagem

O presente trabalho está centrado no município Contagem, que está localizada na região central do estado de Minas Gerais e fica a cerca de 21 km da capital do estado, Belo Horizonte. A população é de 637.961 habitantes e ocupam uma área de 195.268 km² com uma densidade populacional de 3.013 habitantes por km² (Ilustração 1) (IBGE, 2015).

Ilustração 1: Localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos: País Brasil, Estado Minas Gerais. Cidades e povos próximos: Ibirité, Sarzedo e Betim.



<http://www.google.com.br>

A história de Contagem apresenta versões diversificadas sobre sua origem. Uma dessas versões, fala da existência de uma família com o sobrenome "Abóboras" que teria construído a igreja em torno da qual o município viria a surgir. Essa versão, e outras similares, não contam documentação suficiente para serem comprovadas. Assim, a versão mais aceita refere-se aos chamados registros, criados pela Coroa Portuguesa (CONTAGEM, 2013, sp.).

Em Contagem, os resíduos sólidos urbanos, domésticos e comerciais são coletados pela prefeitura, atendendo 100% da população urbana. O abastecimento de água e a coleta de esgoto na área urbana são realizados pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). A captação para abastecimento da rede municipal é

feita na Represa Várzea das Flores, atendendo à necessidade do município. A água captada com tratamento especial da COPASA é de excelente qualidade. O serviço de energia elétrica no município é prestado pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG), verificando-se um consumo anual de 1.199.759.749 kw/h. A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT) possui 12 agências no município, sendo cinco próprias e sete franqueadas. O sistema de telefonia celular é realizado por quatro diferentes prestadoras. A cidade recebe sinais de emissoras locais (televisão e rádio), de Belo Horizonte de outras cidades. Os sinais de televisão são recebidos por satélites e por antenas parabólicas de todas as emissoras. A cidade de Contagem possui boa infraestrutura, além de universidades, escolas municipais e estaduais, e hospitais, entre outros serviços públicos, como turismo e lazer, para a população (CONTAGEM, 2013).

Contagem em termos populacionais destaca-se, regionalmente como o terceiro município mais populoso do Estado de Minas Gerais. Em termos de ocupação territorial, ocupa apenas 2% do território metropolitano e absorve 12,3% do total do seu contingente populacional; registra a segunda maior aglomeração urbana da região, ficando apenas abaixo de Belo Horizonte: 99,1% de sua população vive em áreas urbanizadas; a urbanização média metropolitana registrada no último censo foi de 97,2%. Sua densidade demográfica alcançou 3.093 habitantes por km² em 2010, enquanto que a densidade média metropolitana registrada no último censo demográfico foi de 516 habitantes por km². Em termos de dinâmica populacional, equipara-se ao crescimento médio metropolitano: 1,15% no caso da população total e 1,21% no que se refere à população urbana (IBGE 2010).

No censo realizado em 2000, o município apresentava 11,08% de Incidência da Pobreza e um índice de Gini de 0,37 demonstrando grande desigualdade da distribuição de renda (IBGE 2010).

1.2 Sistema de Saúde do município

O sistema municipal de saúde de Contagem encontra-se estruturado numa rede hierarquizada e descentralizada, regida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) (CONTAGEM, 2013).

O município conta com um total de 95 Equipes de Saúde de Família (ESF), 58 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 30 Equipes de Saúde Bucal (ESB), oito Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF), e 28 farmácias Distritais. Atualmente Contagem conta com 100% das equipes de saúde cobertas com profissionais médicos, dos quais 29 são médicos estrangeiros. Está estabelecido que cada profissional cumpra com carga horária de oito horas diárias na semana (40 horas semanais). Recentemente foram recebidos 79 médicos brasileiros que se incorporaram ao programa Mais Médicos (CONTAGEM, 2013).

As Administrações Regionais possuem cada uma um Distrito Sanitário. As Regiões Administrativas realizam atendimentos odontológicos nas Unidades Odontológicas e em mais sete postos situados em Centros de Saúde Pública ou, em alguns casos, clínicas conveniadas. Há ainda o controle de zoonoses, o centro de referência à saúde do trabalhador, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, o controle de zoonoses, a vigilância em saúde ambiental, o transporte sanitário e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), distribuídas entre as Regiões Administrativas Sede, Eldorado, Riacho e Industrial, que atendem todo o município (CONTAGEM, 2013).

O Conselho de Saúde Contagem está composto por 24 membros efetivos e 24 suplentes, divididos entre os trabalhadores de saúde (25%), os usuários dos serviços de saúde (50%) e representantes do governo e prestadores de serviços (25%) (CONTAGEM, 2013).

1.3 Histórico e descrição do Bairro Petrolândia

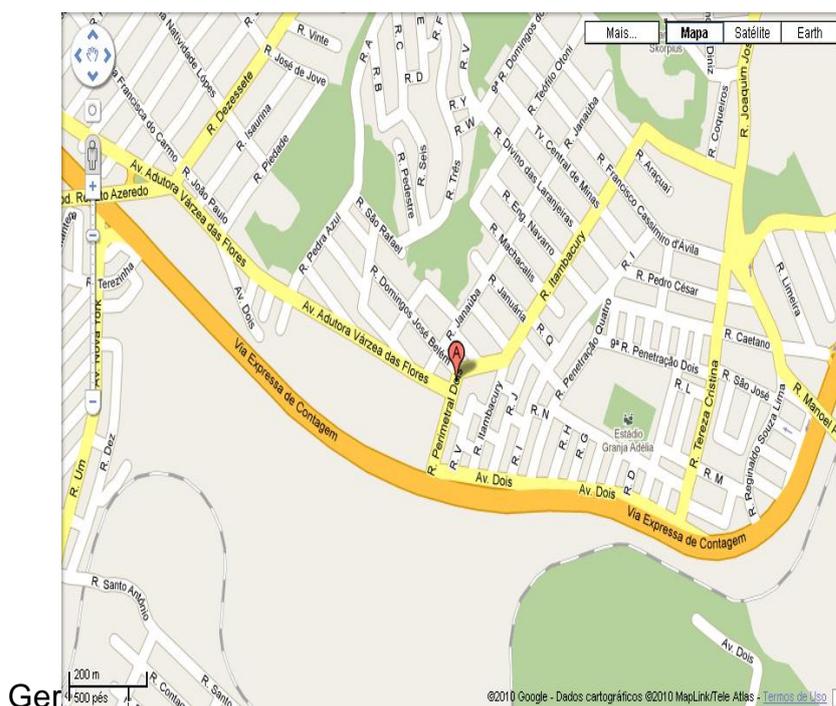
A origem do bairro Petrolândia remonta ao final da década de 1950, quando algumas fazendas tiveram parte de suas terras compradas pela Companhia Imobiliária e Construtora de Belo Horizonte (CICOBE). Porém, os loteamentos só seriam iniciados em começos dos anos setenta. Nesses primeiros tempos não existiam vias asfaltadas ou ruas abertas e predominavam os lotes baldios e as trilhas. Por não haver transporte público a população tinha que andar muitos quilômetros a pé para chegar ao Centro de Contagem ou ao Bairro Industrial. Petrolândia é uma região administrativa do município brasileiro de Contagem, no Estado de Minas Gerais. A Regional Petrolândia é composta pelos bairros Petrolândia, Sapucaias I, Sapucaias II, Tropical, Campo Alto, Beija-flor, Industrial São Luiz, Universal e São Caetano. Petrolândia é um bairro de Contagem na região metropolitana de Belo Horizonte. É o principal bairro da região sudoeste da cidade. Concentra grande parte do comércio da região, unidades de saúde e escolas. Começou a se formar a partir da década de

1970 e desde então cresceu muito, fazendo com que surgissem outros bairros em volta dele. Sua localização é próxima a via expressa de Contagem e a divisa do município de Contagem com a cidade de Betim já no bairro São Caetano. Petrolândia significa Terra do Petróleo ou Terra da Pedra.(TOSTA, 1997, sp)

A primeira definição é mais apropriada, pois todas as ruas e logradouros do bairro que dá nome à Regional fazem referências a atividades ligadas à produção de combustível, tais como Rua Refinaria Manguinhos, Rua Cubatão, Rua Refinaria Garbie Passos, Rua Refinaria Duque de Caxias, Praça Petrobrás entre outras (TOSTA, 1997).

O crescimento demográfico desta área causa muitas complicações, dentre elas cita-se o crescimento desorganizado, sendo assim, dispõe de uma completa desorganização e sem lugares para lazer. No atual contexto do bairro, verificam-se o aumento de igrejas evangélicas, a intensificação do tráfego de veículos e a ampliação do comércio. Na comunidade existe uma Paróquia, com mais de três Igrejas de outras denominações. O comércio no bairro é de intensa atividade; tem três supermercados, conta com quatro padarias, duas academias, quatro farmácias (uma farmácia popular e uma farmácia distrital), dois sacolões de grande porte, duas escolas, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e inúmeros estabelecimentos de lojas de roupas e calçados, salões de beleza, bares, lanchonetes, pizzarias, correio, entre outras (IBGE, 2010). Na ilustração 2, observa o município de Contagem próximo a via Express.

Ilustração 2 : Área de Petrolândia ,Contagem, Belo Horizonte, Minas



Fonte: <http://www.google.com.br>

A equipe de saúde 59 denominada Petrolândia II situa-se no mesmo bairro que leva seu nome; encontra-se localizada na Rua Oleoduto,162 e conta com uma população total de 4.923 moradores, agrupadas em 1.237 famílias e divididas em seis micro áreas, todas urbanas. Entre os 4.923 habitantes da área de abrangência da Equipe 59, 2.126 (43.19%) são homens e 2.797 (56.81%) mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1. Pode-se observar que os indivíduos maiores de 60 anos representam 14,38 % do total, mostrando o envelhecimento da população, estes dados foram obtidos dos registros estadísticos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da equipe no ano 2013-2014.

Tabela 1- População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe 59 de saúde da família Petrolândia II, município Contagem, 2013.

Faixa etária	Sexo				Total	
	M	%	F	%	No	%
< 1 ano	23	1,08	13	0,46	36	0,73
1 - 4 anos	73	3,43	95	3,40	168	3,41
5 - 9 anos	169	7,95	208	7,44	377	7,66
10 - 14 anos	231	10,87	261	9,33	492	9,99
15 - 19 anos	249	11,71	312	11,15	561	11,40
20 - 24 anos	164	7,71	207	7,40	371	7,54
25 - 29 anos	167	7,86	214	7,65	381	7,74
30 - 34 anos	211	9,92	234	8,37	445	9,04
35 - 39 anos	198	9,31	235	8,40	433	8,80
40 - 44 anos	113	5,32	152	5,43	265	5,38
45 - 49 anos	119	5,60	169	6,04	288	5,85
50 - 54 anos	81	3,81	115	4,11	196	3,98
55 - 59 anos	84	3,95	118	4,22	202	4,10
60 - 64 anos	93	4,37	127	4,54	220	4,47
65 - 69 anos	54	2,54	205	7,33	259	5,26
70 e mais	97	4,56	132	4,72	229	4,65
Total	2126		2797		4923	100

Fonte: Registro da equipe.

Segundo as folhas de produção mensal da equipe 59 no ano 2013 os dados de morbidade em maiores de 15 anos de idade estão representados na tabela 2.

Tabela 2. Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idade, da equipe 59 de saúde da família Petrolândia II, município Contagem, 2013.

Morbidade	No.	%
Tabagismo	816	21,19
Sedentarismo	2109	54,78
Alcoolismo	63	1,64
Hipertensão Arterial	583	15,14
Acidente Vascular Encefálico	11	0,29
Diabetes Mellitus	140	3,64
Câncer	7	0,18
Cardiopatia	41	1,06
Total	3770	97,92
Maiores de 15 anos	3850	100

Fonte: Registro da equipe.

Na tabela 2, observa-se que o tabagismo, o sedentarismo e a Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) ocupam os maiores percentuais das morbidades obtidas, as quais consideram-se fatores de risco cardiovasculares.

Em relação à estatística do ano 2013, foram realizadas 1.113 consultas médicas, 4.023 atendimentos feitos pela enfermeira, 237 curativos, 47 visitas domiciliares e 53 injeções. As consultas planejadas para pacientes portadores de doenças crônicas como HAS e Diabetes mellitus (DM) não foram feitas, por falta de médico, somente se renovavam receitas sem avaliação prévia do paciente.

A UBS conta com uma clínica geral, uma pediatra, uma ginecologista, uma licenciada de enfermeira, uma assistente de enfermeira, quatro ACS, uma agente administrativa e uma auxiliar geral. Contamos com NASF integrados, com duas psicólogas, um psiquiatra, duas fisioterapeutas, dois nutricionistas e dois fonoaudiólogos. Estas reuniões com NASF são feitas as terceiras quintas feiras do mês.

O horário de atendimento é de segundas a sextas feiras, de 08h00min as 17h00min, com uma hora para almoço. O tempo da equipe de saúde está ocupado quase exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (maior parte) e alguns programas como: pré-natal, puericultura, preventivos de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual à hipertensos e diabéticos, acompanhamentos a crianças desnutridas e realização das visitas domiciliares.

A estrutura física conta com três consultórios, dois banheiros, uma sala de espera, uma recepção, uma cozinha com corredor, uma área privativa, uma área de curativos. Não há sala de reunião, salas de vacinas, ou serviços odontológicos.

A equipe de saúde tem dificuldades para marcar consultas com algumas especialidades, tais como: Cardiologia, Endocrinologia, Ortopedia, Neurologia, Oftalmologia. Os pacientes tem que aguardar mais de dois anos para serem atendidos e muitos têm que aguardar mais de um ano para marcar consultas de retorno. Não existe a guia de contra referencias para o acompanhamento dos pacientes.

A equipe faz reunião mensal com todos seus integrantes com a finalidade de discutir os principais problemas da unidade e que afetam negativamente a população, desta forma pensamos, dialogamos e desenvolvemos atividades que melhorem o fluxo da unidade e a demanda da população. Nossa equipe atua com um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A Estratégia de Saúde da Família apresenta, como um dos propósitos, a incorporação da família, bem como seu ambiente físico e social como objeto das ações em saúde (BRASIL, 2011).

Tendo em conta os dados estatísticos referidos acima aos riscos de doenças cardiovasculares é importante a realização de trabalho de intervenção para a diminuição de riscos e da mortalidade por essas doenças.

2. BASES CONCEITUAIS

2.1 Doenças cardiovasculares

“A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica” (BRASIL, 2006, p.7).

2.2 Fatores de risco

A Sociedade Brasileira de Cardiologia coloca o tabagismo, DM, obesidade, HAS e dislipidemias como os fatores de risco mais evidentes quanto ao âmbito da saúde cardiovascular no Brasil em suas últimas diretrizes (BRASIL, 2006).

Estudos mostram a importância das dislipidemias, tabagismo, idade e DM como fatores de risco independentes para a aterosclerose e como consequência para a doença arterial sistêmica. O Índice de Massa Corporal (IMC) também está associado ao aumento da prevalência da HAS, DM, aumento dos triglicérides. Os dados da literatura mostram que o controle dos fatores de risco independentes diminuiu notadamente a morbimortalidade à aterosclerose (BRASIL, 2006).

Por fim, a falta de controle de fatores de risco condicionais, como as triglicérides, lipemia pós-prandial, processo inflamatório ou a homocisteína entre outros poderia ter também parcela no quadro ascendente de mortalidade (FONSECA, 1999).

2.3 Medidas educativas

O aumento global da prevalência da HAS e do DM representa importante prejuízo à qualidade de vida e incorre em altos encargos para os sistemas de saúde. Medidas educativas são apontadas como importantes estratégias de prevenção e acompanhamento que visam à melhoria da saúde e da qualidade de vida, além de colaborar com a diminuição das complicações e dos custos assistenciais decorrentes dessas doenças (PEREIRA, 2009).

Os programas de educação em saúde são apontados como medidas positivas no controle de condições crônicas, inclusive como preventiva para complicações (FRIGO *et al.*, 2012).

A educação em saúde combina múltiplos determinantes do comportamento humano com diversas experiências de aprendizagem e intervenções educativas apresentando-se como uma atividade sistematicamente planejada. Ela facilita, predispõe e reforça medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (CANDEIAS, 1997).

As ações com caráter educativo constituem “apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, especificamente no que se refere à habilidade de organizar o componente educativo em programas” desenvolvidos em ambientes diferentes, nos mais diversos níveis de atuação (CANDEIAS, 1997, p.210).

Estas são, contudo, ações inerentes ao processo de cuidar. As estratégias utilizadas para realizar a educação em saúde são de suma importância, pois poderão estimular a participação ativa do indivíduo, valorizando o diálogo como construção compartilhada de conhecimentos (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012).

3. JUSTIFICATIVA

O presente trabalho se justifica pelo alto índice de fatores de risco cardiovascular como sedentarismo e fumadores em pacientes maiores de 15 anos, além da alta prevalência de hipertensão arterial em pacientes idosos da comunidade. Para dar soluções aos principais problemas identificados se propõe realizar um Projeto de Intervenção com os recursos humanos e materiais da equipe.

“Para uma prevenção adequada da doença cardiovascular é necessária uma boa estratificação do risco e real controle dos fatores predisponentes” (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002, p. 213).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Brasil, cerca de 30% dos óbitos para todas as faixas etárias. Segundo dados de atestado de óbito dentre as doenças cardiovasculares em 1998 no Brasil, o acidente vascular encefálico (AVE) foi a primeira causa de morte seguida da doença isquêmica do coração (DIC). Na maior parte dos casos tanto o AVE como a DIC têm etiologia conhecida sendo causados por fatores de risco bem estabelecidos e passíveis de prevenção (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002, p. 212).

Na etiologia do AVC, a HAS - principalmente a hipertensão sistólica -, é o mais importante fator de risco. Além desses, uma série de outros fatores de risco foram descritos e potencializam os fatores independentes; esses são denominados fatores predisponentes. Dentre os fatores predisponentes temos: história familiar precoce de DIC, obesidade - principalmente a do tipo central -, sedentarismo, etnia e fatores psicossociais. Um terceiro grupo de fatores de risco, cujo papel na aterogênese é provável, contudo ainda não totalmente demonstrado, é denominado grupo de fatores condicionais. Nesse grupo encontram-se triglicérides, lipoproteína, homocisteína, LDL pequena e densa, fibrinogênio e fatores inflamatórios. Esses últimos poderiam ser apenas marcadores e não fatores de risco (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002, p. 212).

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos HAS, obesidade, sedentarismo, dislipidemias,

dentre outros modificam a história evolutiva desses agravos torna ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência (VEIGA JARDIM; et al., 2007 p. 453).

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui ao risco cardiovascular (VEIGA JARDIM; et al., 2007 p. 453).

As incidências de Doenças Cardiovasculares como a HAS, devido ao incremento dos fatores de risco cardiovascular da população, constituem o problema de maior importância, portanto foram escolhidos como o problema de maior prioridade da equipe no momento.

A realização do projeto de intervenção é de suma importância para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre os fatores de risco cardiovascular, a prevenção e controle da doença, servindo para a mudança de comportamento e para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

4. OBJETIVOS

Objetivo geral:

Elaborar um plano de intervenção com vistas à diminuição do risco cardiovascular na população de Petrolândia II, município de Contagem, Minas Gerais.

Objetivos específicos:

1. Propor ações educativas aos integrantes da equipe de Saúde da Família sobre a importância dos fatores de riscos cardiovascular e sua repercussão no indivíduo, família e sociedade.
2. Propor formas de atuação na comunidade para a promoção e prevenção, de doença cardiovascular por meio de utilização de instrumentos educativos.

5. DESENVOLVIMENTO

Para desenvolver o presente trabalho baseamo-nos no método de Planejamento Estratégico Situacional, por meio da proposta do plano a realizar para alcançar o objetivo proposto. Este método transcorre por quatro momentos:

1- Momento explicativo, onde se buscou conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas.

2- Momento normativo, é o momento de formular soluções para o enfrentamento do problema identificado.

3- Momento estratégico, é o momento onde busca-se analisar e construir viabilidade para as propostas de soluções elaboradas, procurando estratégias para se alcançarem os objetivos propostos.

4- Momento tático-operacional, que é o momento de execução do plano de intervenção.

O diagnóstico situacional é o primeiro passo num processo para a construção do plano de ação para intervenção sobre um problema identificado; outros passos são:

I. Primeiro passo. Definição dos problemas. Identificou-se os principais problemas de saúde da área de abrangência, além de produzir informações que permitiram conhecer as causas e as conseqüências do problema.

II. Segundo passo. Priorização do problema. Para a priorização dos problemas identificados existem critérios para seleção dos problemas, pode considerar: a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los. Segundo os critérios mencionados se priorizam em quanto a :

- Atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema;
- Distribuindo pontos de 1 a 10 conforme sua urgência;
- Definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto;

- Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (seleção).

III. Terceiro passo. Descrição do problema selecionado. Este passo é muito importante, porque nos permite caracterizar o problema identificado, conhecer a dimensão e a repercussão atual na comunidade

IV. Quarto passo. Explicação do problema. A explicação das causas do problema tem como objetivo fundamental entender a gênese do problema que queremos enfrentar.

V. Quinto passo. Seleção dos “nós críticos”. Os problemas nos críticos são um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo.

VI. Sexto passo. Desenho das operações. Neste passo, se inicia a elaboração de um plano de ação para enfrentar a os problemas nós críticos. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano.

VII. Sétimo passo. Identificação dos recursos críticos. O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos, que são aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis e que devem ser consumidos em cada operação.

VIII. Oitavo passo. Análise de viabilidade do plano. Nesta etapa é fundamental identificar os atores que controlam recursos críticos e desenhar ações estratégicas para motivar os atores a construir a viabilidade da operação.

IX. Nono passo. Elaboração do plano operativo. Tem como propósito este passo designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações.

X. Décimo passo. Gestão do plano. Neste momento é para desenhar um modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Para a busca de dados serem utilizadas as bases de registro de bibliografias eletrônicas disponíveis:

Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS).

MEDLINE. Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.

IBECS. Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde.

Descritores em Ciências da Saúde a serem utilizados: planejamento em saúde (CAMPOS 2010).

Depois de reunir a equipe de saúde para discutir e identificar os principais problemas de saúde que atingem a população torna-se necessária a identificação dos problemas que podem considerar-se mais importante por sua urgência e por a própria capacidade para enfrentá-los, numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios:

Problemas Identificados

- Incremento de fatores de risco cardiovascular.
- Polifarmácia.
- Uso indiscriminado de psicofármacos.
- Abuso de álcool

Depois de uma discussão na equipe e tendo em conta:

- Quanto à importância, atribuindo valor “alto, médio ou baixo”,
- Quanto à urgência, distribuindo pontos conforme apreciação, e
- Quanto à capacidade para enfrentar os problemas identificados, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, demos uma ordem de prioridade como mostra-se no quadro 1.

Quadro 1 Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe 59 Petrolândia II no ano 2013.

Problemas identificados	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Incremento de fatores de risco cardiovascular	Alta	8	Parcial	1
Polifarmácia	Alta	7	Parcial	2
Uso indiscriminado de psicofármacos	Alta	6	Parcial	3
Abuso de álcool	Alta	5	Parcial	4

A equipe considerou que o problema de incremento de fatores de risco cardiovascular é de prioridade 1.

Descrição do problema selecionado.

Para esta análise, a equipe selecionou o problema de prioridade 1. Este problema é baseado nos dados da tabela 2 e define-se como mais de 75% da população maior de 15 anos apresenta fatores de risco cardiovasculares. Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento, já que não temos dados com respeito a internações, óbitos, etc., que poderiam reforçar mais o problema em questão.

Os problemas identificados como "nos críticos" foram:

- ✓ Inadequados hábitos e estilos de vida da população.
- ✓ Insuficiente nível de informação sanitária da população.
- ✓ Dificuldades na organização do processo de trabalho da equipe de saúde.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Pela importância epidemiológica e seu impacto no estado de saúde da população brasileira e mundial, a UBS Petrolândia II (médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes de saúde), realizou um projeto de intervenção para promover ações educativas de saúde, a partir dos problemas "nós críticos", como: inadequados hábitos e estilo de vida, baixo nível de informação sanitária e as dificuldades na organização do processo de trabalho da equipe de saúde identificado na comunidade, para diminuir os fatores de risco cardiovasculares e reduzir a incidência destas doenças na comunidade de abrangência. Nossa equipe propôs as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução, serão detalhadas nos quadros 2 a 4.

Quadro 2 – Operações sobre o "**Inadequados habito e estilo de vida relacionado ao incremento dos fatores de risco cardiovascular**", na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família #59 Petrolândia II, em Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico1	Inadequados hábito e estilo de vida da população.
Operação	Modificar hábitos e estilo de vida da população.
Projeto	Estabelecer mudança.
Resultados esperados	Disminuir a un 25 % o nivel de sedentarismo e hábito de fumar.
Produtos esperados	Programa educativo na população.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe/Enfermeira e Técnico de enfermagem.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Político: conseguir o local, mobilização social Inter setorial com a rede de ensino.

Recursos críticos	Político e Financeiro.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor de educação/Secretario de saúde Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	Enfermeira e Técnico de enfermagem
Cronograma / Prazo	Dois meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gerentes da Unidade

Quadro 3 – Operações sobre o "Insuficiente nível de informação sanitária da população relacionado ao incremento do fatores de risco cardiovascular", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família # 59 Petrolândia II, em Contagem , Minas Gerais.

Nó crítico2	Insuficiente nível de informação sanitária da população.
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.
Projeto	Melhor conhecimento sobre saúde.
Resultados esperados	População mais informada sobre riscos cardiovasculares
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população
Atores sociais/ responsabilidades	Secretario de saúde/Enfermeira e Técnico de enfermagem.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas.. Político: articulação intersetorial e mobilização social
Recursos críticos	Político.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de educação Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto educativo.
Responsáveis:	Enfermeira e ACS.
Cronograma / Prazo	Início em seis meses e termino em doce meses. Avaliação aos doce meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gerentes da Unidade

Quadro 4 – Operações sobre o "**Dificuldades na organização do processo de trabalho da equipe de saúde relacionado ao incremento do fatores de risco cardiovascular**", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família # 59 Petrolândia II, em Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico3	Dificuldades na organização do processo de trabalho da equipe de saúde
Operação	Melhorar processo de atendimento dos profissionais
Projeto	Organização do processo de trabalho
Resultados esperados	Melhorar atendimento e dar cobertura à população com doenças crônicas em mais de 80%.
Produtos esperados	Aumento da motivação do pessoal profissional.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretario de saúde/Gerente da UBS
Recursos necessários	Cognitivo: Adequação do processo atendimento segundo numero de cadastrados por portarias do SUS. Político: Vontade de melhorar processo de atendimento, com profissionais de programa mais médicos.
Recursos críticos	Cognitivo e Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gerência da UBS. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar, avaliar e aprovar projetos.
Responsáveis:	Gerente da UBS
Cronograma / Prazo	Início em três meses e termino em doze meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Gerente da UBS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da análise da situação de saúde é muito importante para a equipe de saúde e não pode deixar de ser feito porque nos permite a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde que afetam a população; assim como realização do plano de ação para solução dos problemas identificados e desta forma a equipe de saúde realiza o planejamento e agendamento de trabalho, sempre com o objetivo de melhorar a saúde da população.

A HAS é altamente prevalente em nossa área de abrangência. O estudo possibilitou compreender melhor as principais causas que influem negativamente nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como HAS e DM na atenção primária.

É de suma importância que ações educativas sejam implantadas na comunidade, tanto nas consultas, como nas visitas dos agentes comunitários de saúde na residência dos indivíduos, sem deixar de mencionar as diferentes técnicas de trabalho com grupo com o objetivo de orientar a população sobre os fatores de risco que afetam negativamente a saúde da população.

Entretanto, a população deve exigir que os Governos bem como os órgãos interligados com as Secretárias de Saúde e o Sector de Educação cumpram com o seu papel.

O presente estudo constituirá uma importante ferramenta para alcançar mudanças e obter uma sensibilização dos profissionais da saúde da atenção básica para que se reflita sobre o processo de organização do trabalho em saúde, buscando um atendimento mais acolhedor e humanizado às pessoas com DCNT ou de fatores de risco para HAS.

REFERENCIAS

ACIOLI S, DAVID HMSL, FARIA MGA. **Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva**: reflexões sobre a prática. Rev enferm UERJ. 2012; 20:533-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Prevenção Clínica de Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

CANDEIAS NMF. **Conceitos de educação e promoção em saúde**: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev Saúde Publica. 1997; 31:209-13.

CONTAGEM (MG). **Prefeitura**. 2013. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br>>. Acesso em: set. 2013.

FONSECA, F.A.H.; IZAR, M.C.O. **Dislipidemias**. In: Cardiologia para o clínico geral. [S. 1: s.n.]. 1999. p.165 -75.

FRIGO LF, SILVA RM, MATTOS KM, BOEIRA GS, MANFIO F, PIAIA E et al. **Ação educativa interdisciplinar para pacientes com diabetes na atenção básica**: uma revisão bibliográfica. Rev Epidemiol Control Infect. 2012; 2(4):141-3.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades@. Brasília [online], 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311860>>. Acesso em: 9 abr. 2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades Minas Gerais. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314055&search=|jinfogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>.

PEREIRA F.R.L, TORRES H.C, CANDIDO N.A, ALEXANDRE L.R. **Promovendo o autocuidado da educação em diabetes na educação individual e em grupo**. Ciencucidsaude. 2009; 8:594-9.

TOSTA; PEREIRA, S.F. **A missa e o culto vistos do lado de fora do altar:** religião e vivências cotidianas em duas comunidades eclesiais de base do bairro Petrolândia,[S. 1: s.n.]. Contagem - MG, 1997. (Doutorado em Antropologia Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFCH-USP). São Paulo.

SANTOS FILHO, R. D; MARTINEZ, T. L da R, **Fatores de Risco para Doença Cardiovascular:** Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas !, Junho 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n3/10890.pdf>>

VEIGA JARDIM, P.C; PEIXOTO, M.R; TRONCO, E; MOREIRA, H; VALVERDE, P; BARROSO, W.K.S; NAZARIO, L.C, **Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira,** 2007; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/15.pdf>>.