

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

**ALEXEIS ISAAC OCONOR**

**DIMINUIÇÃO DE RISCOS CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO  
DE TUPÃ: proposta de intervenção**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2015**

**ALEXEIS ISAAC OCONOR**

**DIMINUIÇÃO DE RISCOS CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO  
DE TUPÃ: proposta de intervenção**

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

Orientadora: Eulita Maria Barcelos

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2015**

**ALEXEIS ISAAC OCONOR**

**DIMINUIÇÃO DE RISCOS CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO  
DE TUPÃ: proposta de intervenção**

Banca examinadora

Professora: Ms. Eulita Maria Barcelos

Professora : Dra Selme Silqueira de Matos

Aprovada em Belo Horizonte: 24/02/2014

Dedico este trabalho:

A meus dois filhos por ser a força que  
impulsionam meus passos no difícil caminho da  
vida,

A minha esposa por sua inacreditável  
companhia e apoio tanto nos momentos certos  
como incertos.

A minha dedicada mãe por seus valiosos  
conselhos e desvelo sem limite.

A meu pai, meu melhor amigo, embora já não  
fique mais a meu lado pelas questões do  
destino, sempre estará presente em tudo e cada  
um dos meus pensamentos.

A minha família toda, amigos e professores por  
acreditar em mim.

## Agradeço

A todas as pessoas que de uma ou outra forma apoiaram este trabalho.

"Dois horizontes fecham nossa vida

Um horizonte, - a saudade

Do que não há de voltar;

Outro horizonte, - a esperança

Dos tempos que hão de chegar;

No presente, - sempre escuro, -

Vive a alma ambiciosa

Na ilusão voluptuosa

Do passado e do futuro"

Machado de Assis

## RESUMO

Tupã é um bairro em Contagem, praticamente isolado da área urbana, situado à beira da Represa Várzea das Flores. Administrativamente, está subordinado à Regional Vargem das Flores. A Equipe 14 de Tupã procura atender toda população da área de abrangência composta por 1360 usuários sendo 649 (47,7%) homens e 711 (52,3%) mulheres. Do total 1138 são maiores de 15 anos e tem alta prevalência de tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, hipertensão arterial e diabetes mellitus, existindo um aumento para os riscos cardiovasculares devido na maioria das vezes a falta de conhecimento da população. Considerando os riscos de doenças cardiovasculares é importante elaborar um projeto de intervenção utilizando ações educativas para levar conhecimentos sobre os fatores de riscos cardiovasculares a população. Espera-se diminuir estes riscos e conseqüentemente haverá diminuição de incidência de casos novos e agravamento das patologias já existentes, complicações, possíveis sequelas e também mortalidade. A equipe receberá capacitação para nivelar o conhecimento. Esta intervenção é importante na atenção básica, já que permite à população obter as ferramentas para minimizar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Riscos. Prevenção. Doenças cardiovasculares.

## **ABSTRACT**

Tupa is a neighborhood in Contagem, practically isolated from the urban area, situated on the edge of the dam Floodplain of flowers. Administratively, is subordinate to the Regional flower Vargem. The team of 14 Tupa seeks meet all population of the area composed of 1360 users being 649 (47.7%) were men and 711 (52.3%) were women. Of them, 15 years of 1138 are bigger and have high prevalence of smoking, sedentary lifestyle, alcoholism, hypertension and diabetes mellitus, with an increase in cardiovascular risks due mostly to lack of knowledge of the population. Considering the risks of cardiovascular diseases it is important to elaborate a project of intervention using educational actions to take knowledge on the cardiovascular risk factors to population. Expected to decrease these risks and consequently there will be reduction of incidence of new cases and worsening of already existing diseases, complications, sequela and mortality also possible. The team will receive training to level the knowledge. This intervention is important in the basic attention, since it allows the population to obtain the tools to minimize the development of cardiovascular diseases.

Key words: Risk. Prevention. Cardiovascular diseases.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS - Atenção Básica de Saúde

ACS - Agente Comunitário da Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CEMIG - Companhia Energética de Minas Gerais.

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.

COPASA - Companhia de Saneamento de Minas Gerais.

DM - Diabete Mellitus

DRC - Doença Renal Crônica

EBCT - Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.

HAS - Hipertensão arterial sistêmica.

IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano

LILACS - Literatura latino-americana e do Caribe.

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

OMS- Organização Mundial da Saúde

PES- Planejamento Estratégico Situacional.

PIB - Produto Interno Bruto

PSF - Programa Saúde da Família

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1- Distribuição da população segundo sexo e áreas urbana e rural. Contagem. 2010.....  | 15 |
| Tabela 2- População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe 14 –Tupã- Contagem, 2014.....  | 17 |
| Tabela 3- Inserção no mercado de trabalho da população com mais de 14 anos de idade, área de abrangência da equipe 14 de saúde da família, Bairro Tupã, Contagem, 2014..... | 20 |
| Tabela 4- Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idade, da equipe 14 de saúde da família, bairro Tupã, Contagem, 2013.....  | 21 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1- Instalações sanitárias segundo a modalidade na micro áreas. Bairro Tupã, Contagem. 2014.....   | 19 |
| Quadro 2- Abastecimento de água segundo a modalidade e micro áreas, Bairro Tupã, Contagem no ano de 2014.....  | 19 |
| Quadro 3 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe 14 da Saúde da Família, Tupã, Contagem-2013.....                  | 33 |
| Quadro 4- Desenho das operações para resolução dos "nos críticos" do problema: fatores de risco cardiovascular- 2014 .....   | 36 |
| Quadro 5- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nos críticos" do problema risco cardiovascular aumentado..... | 37 |
| Quadro 6- Propostas de ações para a motivação dos atores.....  | 38 |
| Quadro 7- Plano operativo-2014.....  | 39 |

## SUMÁRIO

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>            | <b>12</b> |
| <b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>         | <b>24</b> |
| <b>3 OBJETIVO .....</b>              | <b>25</b> |
| <b>4 METODOLOGIA .....</b>           | <b>26</b> |
| <b>5 REVISÃO DA LITERATURA .....</b> | <b>27</b> |
| <b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>  | <b>32</b> |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>42</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>             | <b>44</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Contextualizando a história, Contagem apresenta versões diversificadas sobre sua origem. A versão mais aceita é que em 1701, a Coroa portuguesa mandou instalar um posto fiscal às margens do Ribeirão das Abóboras, nas terras da sesmaria do capitão João de Souza Souto Maior, com o objetivo de fazer a contagem do gado que vinha da região do Rio São Francisco em direção à região das minas (Ouro Preto e Mariana) (IBGE, 2010).

Como acontecia em todos os pontos que ofereciam boas oportunidades de lucro, a partir de 1716, no entorno do posto de registro, uma grande diversidade de pessoas foi dando vida à população. E nas redondezas, ainda se assentavam pessoas que encontravam faixas de terras devolutas. Ali se comercializava vários tipos de gênero como gado, cavalos e potros, barras de ouro, ouro em pó para ser trocado por dinheiro ou com os guias, para casa de fundição de Sabará (IBGE, 2010).

Entretanto, esse comércio era precário. Consta que o volume de ouro em pó estocado no Registro das Abóboras era pequeno. Assim, o povoado que surgiu em torno do entreposto não se expandiu como núcleo urbano, atrofiando-se com o fechamento do posto, ocorrido por volta do ano de 1759. O local do posto, que ficou conhecido como Casa do Registro, é atualmente a Casa da Cultura (IBGE, 2010).

Segundo dados do IBGE (2010), nas proximidades daquele posto, em terras de domínio público, desenvolveu-se outro povoado em torno de uma capelinha erguida em devoção ao Santo protetor dos viajantes, São Gonçalo do Amarante, ou Sam Gonçalo, em 1725.

A construção de capelas e igrejas dedicadas a São Gonçalo era comum na época. Esse santo gozava de grande prestígio entre a população portuguesa e a devoção a ele acompanhou o processo de colonização. De fato, na Capitania das Minas Gerais existia um grande número de povoações com o nome de São Gonçalo (IBGE, 2010).

Por serem tão numerosas, tornava-se necessário explicar qual seria qual, por um atributo do lugar. Por isso, Sam Gonçalo do Ribeirão das Abóboras, pelo fato de o povoado estar próximo a esse ribeirão e, como nas imediações havia ainda o

registro fiscal, falava-se também Sam Gonçalo da Contagem. Finalmente, para não ser confundido com outros registros ou contagens da Capitania, vingou o nome Arraial de São Gonçalo da Contagem das Abóboras, ou apenas Contagem das Abóboras (IBGE, 2010).

Este período caracteriza-se pelo arruamento tortuoso, grandes lotes com casas no alinhamento e profundos quintais arborizados com mangueiras e jabuticabeiras, por vezes fazendo divisa, ao fundo, com cursos de água; legando-nos um pequeno número de edificações que resistiram ao tempo e à especulação imobiliária, formando o que hoje se chama de sítio histórico. Esse arraial formou o núcleo original da formação de Contagem e corresponde à região da Sede Municipal. Daquela São Gonçalo, permaneceram parte da primitiva arborização, algumas edificações e objetos de arte sacra (IBGE, 2010).

Distrito criado com a denominação de Contagem das Abóboras. Elevado à categoria de vila com a denominação de Contagem, pela Lei Estadual n.º 556, de 30-08-1911, desmembrado dos municípios de Santa Quitéria e Sabará ou somente Santa Quitéria (IBGE, 2010).

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, a vila é constituída de 04 distritos: Contagem, Campanha, Vargem da Pantana e Vera Cruz. que em 1923, o distrito de Vera Cruz tornou o novo município de Pedro Leopoldo, Neves, com terras desmembradas do distrito de Vera Cruz, o distrito de Vargem da Pantana tomou o nome Ibirite (IBGE, 2010).

Em divisão territorial datada de 1/07/1960, o município é constituído de 02 distritos: Contagem e Parque Industrial. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007 (IBGE, 2010).

Relatando os aspectos geográficos, Contagem tem uma área total de 195 268 km<sup>2</sup> e 3 090,33 habitantes por km<sup>2</sup>, segundo dados estatísticos de 2010. Conta com uma população de 603 442 (IBGE, 2010).

Abordando os aspectos socioeconômicos, 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 é realizada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA).

A captação para abastecimento da rede municipal é feita na Represa Várzea das Flores, atendendo á 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). A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT) possui 12 agências no município, sendo 05 próprias e 07 franquizadas.

O serviço de telefonia fixo oferece terminais de ondas ligadas aos sistemas DDD e DDI, atendendo também á zona rural, com telefones públicos e comunitários. O sistema de telefonia celular é realizado por quatro diferentes prestadoras.

A cidade recebe sinais de emissoras locais (televisão e rádio), de Belo Horizonte e de outras cidades. Os sinais de televisão são recebidos por satélites e por antenas parabólicas de todas as emissoras.

Contagem possui boa infraestrutura, além de universidades, escolas municipais e estaduais, e hospitais, entre outros serviços públicos, como turismo e lazer, para a população.

O crescimento de Contagem é bem planejado, sem esquecer a sua comunidade, valorizando a dignidade dos cidadãos. Conforme dados fornecidos pela Fundação João Pinheiro, o município tem hoje um dos melhores índices de Desenvolvimento Humano do Estado: IDHM 0,756. (IBGE, 2010).

Contagem é uma cidade beneficiada pela sua localização geográfica e pelo forte desenvolvimento industrial.

Apenas a 21 km da Capital, Contagem está inserida em ponto privilegiado do sudeste brasileiro. Isso proporciona vantagens logísticas de escoamento para todas as regiões do país (Norte/Nordeste, Sul/Sudeste), Mercosul e os portos brasileiros.

O setor primário econômico era baseado em as atividades agropecuárias, hoje a pecuária, representa uma pequena parcela da economia local. O setor secundário esta baseado em atividades industriais. Com a criação da Cidade Industrial, em 1941, consolidou o desenvolvimento econômico. Mais tarde, na década de 1970, o moderno e competitivo Parque Industrial, sustentado por importantes segmentos da indústria de transformação, teve um dos maiores índices de crescimento do País. Atualmente, com quase 700 mil habitantes, Contagem ocupa a terceira posição entre os municípios mineiros que mais contribuíram para a formação do PIB estadual de 1998 (IBGE, 2010).

Contagem é hoje a cidade que mais concentra indústrias no estado, chamada até de "Capital das Indústrias". O setor terciário representado pelas atividades comerciais tem aproximadamente 15 mil estabelecimentos comerciais (IBGE, 2010).

O município de Contagem tem uma população total de 603 442 habitantes. Deles, 292798 são homens (48,52%) e 310644 mulheres (51,48%). A maior quantidade de população encontra-se na faixa etária de 25 a 39 anos de idade (27,20%), seguido do grupo de 40 a 59 anos (24,35%). As outras faixas etárias variam entre 1% e 9 % (IBGE, 2010).

Observa-se que 99,66% da população moram em área urbana, somente o 0,34% em área rural.

Tabela 1- Distribuição da população segundo sexo e áreas urbana e rural . Contagem. 2010.

| Indivíduos   | M             |              | F             |              | Total         |            |
|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|------------|
|              | No            | %            | No            | %            | No            | %          |
| Área urbana  | 291 709       | 99,63        | 309691        | 99,69        | 601400        | 99,66      |
| Área rural   | 1089          | 0,37         | 953           | 0,31         | 2042          | 0,34       |
| <b>Total</b> | <b>292798</b> | <b>48,52</b> | <b>310644</b> | <b>51,48</b> | <b>603442</b> | <b>100</b> |

Fonte: IBGE 2010.

Em termos populacionais, destaca-se, regionalmente como o terceiro município mais populoso do Estado de Minas Gerais, sua taxa de crescimento até o ano 2010 teve um ritmo negativo de 1,15 % atendendo a taxas de crescimento de anos passados.



Em termo 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% (IBGE, 2010).

A escolarização segundo o ciclo de ensino tem seu próprio comportamento, na faixa etária de 6-14 anos (97,5%), de 15-17 (84,1%), de 4-6 anos (72,8%) e adultos jovens em idades de 18-25 anos (72%) estão estudando (IBGE, 2010).

Enfocando no sistema local de saúde o Conselho Municipal de Saúde é 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%).

O município conta com um total de 95 Equipes de Saúde de Família, 58 Unidades Básicas de Saúde, 30 equipes de Saúde bucal, 08 NASF, 01 CEO e 28 farmácias distritais.

Atualmente Contagem conta com 100% das equipes de saúde na atenção primária de saúde cobertas com profissionais médicos, dos quais 21 são médicos estrangeiros. Está estabelecido que cada profissional cumpra uma carga horária de segunda a sexta feiras de 8.00 horas, com uma carga de 40 horas semanais.

As regiões administrativas realizam atendimentos odontológicos nas Unidades Odontológicas e em mais 07 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, a vigilância em saúde ambiental, o transporte sanitário e o serviço de atendimento móvel de urgência, distribuídas entre as regiões administrativas sede, Eldorado, Riacho e Industrial, que atendem todo o município.

Existem dificuldades, os usuários não conseguem receber atendimento de ótima qualidade, ainda está faltando especialistas para cobrir a demanda de saúde da

população, não tem equipamentos necessários e o nível de atendimento de doenças crônicas progressivas e cirúrgicas hospitalar é muito baixo.

As características do território onde atuo, Tupã é um bairro em Contagem, praticamente isolado da área urbana, situado à beira da Represa Várzea das Flores. Administrativamente, está subordinado à Regional Vargem das Flores.

A Equipe 14 de Tupã procura o atender toda população da área de abrangência composta por 1360 usuários sendo 649 (47,7%) homens e 711 (52,3%) mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com a tabela 2.

Tabela 2- População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe 14 –Tupã- Contagem, 2014.

| Faixa etária | Sexo |      |     |      | Total |      |
|--------------|------|------|-----|------|-------|------|
|              | M    | %    | F   | %    | No    | %    |
| < 1 ano      | 2    | 33,3 | 4   | 66,6 | 6     | 0,4  |
| 1 - 4 anos   | 13   | 41,9 | 18  | 58,1 | 31    | 2,3  |
| 5 - 9 anos   | 39   | 48,7 | 41  | 51,3 | 80    | 5,9  |
| 10 - 14 anos | 53   | 50,5 | 52  | 49,5 | 105   | 7,7  |
| 15 - 19 anos | 74   | 47,1 | 83  | 52,9 | 157   | 11,5 |
| 20 - 24 anos | 93   | 46,0 | 109 | 54,0 | 202   | 14,9 |
| 25 - 29 anos | 89   | 53,6 | 77  | 46,4 | 166   | 12,2 |
| 30 - 34 anos | 53   | 46,5 | 61  | 53,5 | 114   | 8,4  |
| 35 - 39 anos | 44   | 48,4 | 47  | 51,6 | 91    | 6,7  |
| 40 - 44 anos | 29   | 45,3 | 35  | 54,7 | 64    | 4,7  |
| 45 - 49 anos | 31   | 49,2 | 32  | 50,8 | 63    | 4,6  |
| 50 - 54 anos | 49   | 47,1 | 55  | 52,0 | 104   | 7,6  |
| 55 - 59 anos | 34   | 47,9 | 37  | 52,1 | 71    | 5,2  |
| 60 - 64 anos | 17   | 39,5 | 26  | 60,5 | 43    | 3,2  |
| 65 - 69 anos | 18   | 48,6 | 19  | 51,4 | 37    | 2,7  |

|           |     |      |     |      |      |     |
|-----------|-----|------|-----|------|------|-----|
| 70 e mais | 11  | 42,3 | 15  | 57,7 | 26   | 1,9 |
| Total     | 649 | 47,7 | 711 | 52,3 | 1360 | 100 |

Fonte: Registro da equipe.

A maior porcentagem da população está na faixa etária entre 20 a 24 anos, em seguida são as pessoas maiores de 60 anos (106) que representam 7,8% do total.

Os aspectos ambientais da comunidade são totalmente rural e atualmente vem se estruturando trazendo alguns investimentos municipais. Estas ações conjuntas trouxeram remoção de moradias em locais indevidos e pavimentação das ruas principais, mais apresenta muitas dificuldades com o esgotamento sanitário. A população é 100% servida de energia elétrica e de água encanada. A coleta de lixo ocorre segunda, quarta e sexta feira, na maioria da população exceto onde as ruas não são asfaltadas.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é bastante precária, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário. O lixo acumulado nas ruas ocupa grandes extensões dentro da comunidade, a população mostra-se pouco interessada por esse problema, ignorando que isso significa o risco importante para o aparecimento de doenças de caráter transmissíveis.

Parte da comunidade vive em moradias simples e pouco confortáveis. Pelo fato da comunidade ficar muito próxima a uma lagoa natural, a área apresenta elevada concentração de *Aedes aegypti*, contribuindo à aparição frequente de casos de dengue. Os dados sobre instalações sanitárias, por micro áreas, são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Instalações sanitárias segundo a modalidade nas micro áreas. Bairro Tupã, Contagem. 2014.

| Modalidade               | Micro Área 1 | Micro Área 2 |
|--------------------------|--------------|--------------|
| Rede geral de esgoto     | 0            | 0            |
| Fossa séptica            | 75           | 67           |
| Fossa rudimentar         | 43           | 55           |
| Sem instalação sanitária | 0            | 0            |
| Total                    | 118          | 122          |

Fonte: Registro da equipe

Percebe-se que a fossa séptica é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos. Em relação com descarte a céu aberto em nossa comunidade não constitui um problema de saúde pois 100% das residências tem fossas sépticas ou rudimentar (SIAB, 2013).

Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada.

Quadro 2- Abastecimento de água segundo a modalidade e micro área, bairro Tupã, Contagem no ano de 2014.

| Modalidade        | Micro Área 1 | Micro Área 2 |
|-------------------|--------------|--------------|
| Rede geral        | 118          | 120          |
| Poço ou nascente  | 0            | 2            |
| Total de famílias | 118          | 122          |

Fonte: Registro da equipe.

Quanto aos recursos da comunidade, o bairro Tupã possui muitos sítios e casas de campo na área da barragem, tendo o maior movimento durante o final de semana. Há algumas atividades econômicas no bairro, como mercearias. Faltam muitos recursos. A população depende dos serviços de regiões próximas como Nova Contagem.

O bairro conta com a Escola Municipal Hilda Nunes dos Santos, que atende ao ensino fundamental e educação infantil. Participa dos Programas Mais Educação e Escola Aberta do Governo Federal.

A população empregada trabalha majoritariamente fora da região. Segundo levantamento realizado pelos ACS por ocasião da atualização do cadastro das famílias, o quadro relativo às atividades da população economicamente ativa na área de abrangência da equipe 14 é o seguinte (Tabela 3).

Tabela 3- Inserção no mercado de trabalho da população com mais de 14 anos de idade, área de abrangência da equipe 14 de saúde da família, Bairro Tupã, Contagem, 2014.

| <b>Inserção no mercado de trabalho</b> | <b>No.</b> | <b>%</b> |
|--|------------|----------|
| <b>Empregados</b>                      | 311        | 27,3     |
| <b>Assalariado com carteira</b>        | 235        | 20,7     |
| <b>Assalariado sem carteira</b>        | 112        | 9,9      |
| <b>Autônomo com previdência social</b> | 64         | 5,6      |
| <b>Autônomo sem previdência social</b> | 165        | 14,5     |
| <b>Aposentado</b>                      | 84         | 7,4      |
| <b>Desempregado*</b>                   | 98         | 8,6      |
| <b>Não trabalha**</b>                  | 69         | 6,1      |
| <b>Total</b>                           | 1138       | 100      |

Fonte: Registro da equipe-2014.

O relato de morbidade em maiores de 15 anos de idade segundo as folhas de produção mensal do ano 2013 estão expostos na tabela 4.

Tabela 4- Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idade, da equipe 14 de saúde da família, bairro Tupã, Contagem, 2013.

| <b>Morbidade</b>                    | <b>No.</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------|------------|----------|
| <b>Tabagismo</b>                    | 314        | 27,59    |
| <b>Sedentarismo</b>                 | 456        | 40,07    |
| <b>Alcoolismo</b>                   | 51         | 4,48     |
| <b>Hipertensão Arterial</b>         | 98         | 8,61     |
| <b>Acidente Vascular Encefálico</b> | 5          | 0,44     |
| <b>Diabetes Mellitus</b>            | 81         | 7,12     |

|                           |      |       |
|---------------------------|------|-------|
| <b>Câncer</b>             | 3    | 0,26  |
| <b>Cardiopatia</b>        | 41   | 3,60  |
| <b>Total</b>              | 735  | 64,57 |
| <b>Maiores de 15 anos</b> | 1138 | 100   |

Fonte: Registro da equipe-2014

Assim vemos que o tabagismo, o sedentarismo, a hipertensão arterial sistêmica , e a Diabetes Mellitus ocupam os índices percentuais mais altos das morbidades, os quais são considerados fatores de risco cardiovasculares da população maior de 15 anos.

Outros dados de interesse, encontram-se as gestantes (09) atendidas pela equipe em 2013, 02 adolescentes, com idade entre 13 e 18 anos, que representa 22,22%,. Durante todo o ano não houve ocorrência de mortalidade materna, mortalidade neonatal e nem de nascimento de crianças com baixo peso, não existem referências estatísticas.

Há alta prevalência de cárie dentária. A equipe não tem dentista.

A Unidade está bem conservada, fica numa rua não asfaltada, apresenta acesso fácil para toda a população. A área destinada à recepção é pequena, mais permite o acolhimento de mais ou menos 20 pacientes. O consultório do médico e do enfermeiro ficam próximos, tem um só banheiro que é compartilhado entre os integrantes da equipe e pacientes e um espaço aberto para os procedimentos próprios da equipe de enfermagem.

Não existe sala de reuniões, os consultórios quando tem necessidade são utilizados para atividades do NASF ou de planejamento.

A equipe tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais isto constitui um problema geral. Os pacientes tem que aguardar extensa fila de até anos para serem atendidos por alguma especialidade especifica e quando conseguem ter atendimento, demoram outros anos há mais para fazer exames solicitados e

aguardar retorno. A contra referência não é feita como desejável, não há retorno para equipe do atendimento do paciente. É necessário que ocorram mudanças urgentes para melhor articulação entre a atenção básica e outros centros como o Centro de Consultas Especializadas, o hospital e o pronto-atendimento.

Os recursos humanos disponíveis na equipe são: 01 médico, 01 técnica de enfermagem, 02 agentes comunitários de saúde e 01 agente administrativa e não tem enfermeira.

O meu horário de trabalho é compartilhado com outra equipe todas segundas e quartas feiras no período de manhã e a tarde apoio outra equipe de saúde orientado pelo Distrito de Saúde. Terças e quintas feiras eu faço acolhimento no Tupã e as tardes atendo gestantes na terça feira e crianças na quinta feira. As sextas feiras tenho o dia livre para estudo.

Os dados apresentados neste trabalho foram resultados do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da equipe 14 de Tupã.

Foram constatados 98 hipertensos, ocorrência de 05 acidentes vasculares encefálicos, 41 pacientes cardiopatas. Foram considerados vários fatores de risco, dentre eles o tabagismo, alcoolismo, obesidade, hipertensão arterial e diabetes.

Muitos desses fatores de risco para doenças cardiovasculares são responsáveis também pelas doenças renais, sendo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabete mellitus (DM) respondem por 50% dos casos de DRC terminal (BRASIL, 2011).

A hipertensão é responsável pelo menos de 40% das mortes por AVC, de 25% de doenças arteriais coronárias e em combinação com o diabetes, de 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2011).

Hoje 11% da população brasileira superior aos 40 anos, o que representa cinco milhões e meio são portadores da Diabetes Mellitus. A OMS estima que após os 15 anos da doença 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e o 10% terão deficiências graves visuais, de 30 a 45 % algum grau de retinopatia, de 10 a 20% de retinopatia e 25 a 35% neuropatia diabética (BRASIL, 2011).

No Brasil, nos últimos anos, as patologias cardiovasculares vêm sendo a principal causa de mortalidade, tendo a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco que afeta, hoje, quase 20% da população acima dos 20 anos (39% com idade entre 20 e 49 anos). Estudos populacionais realizados em diversos locais do país revelam que entre os indivíduos com 60 anos de idade ou mais a hipertensão arterial apresenta uma frequência em torno de 60% (BRASIL, 2011).

A hipertensão arterial é responsável por 13% das internações no Sistema Único de Saúde, absorvendo 25% da verba para assistência à saúde. Das doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial é a doença com maior prevalência e responde como a quarta causa de afastamento do trabalho no Brasil (BRASIL, 2011).

Após discussão com a equipe foi consenso que seria necessário à elaboração de um projeto de intervenção para diminuir fatores de riscos cardiovasculares por meio de ações educativas, levando a população conhecimentos sobre a importância da prevenção.



## 2 JUSTIFICATIVA

As doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002, o equivalente a 267.496 mortes (BRASIL, 2001).

As doenças do aparelho circulatório compreendem um espectro amplo de síndromes clínicas, mas têm nas doenças relacionadas à aterosclerose a sua principal contribuição, manifesta por doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e de vasos periféricos, incluindo patologias da aorta, os rins e de membros, com expressiva morbidade e impacto na qualidade de vida e produtividade da população adulta (BRASIL, 2001).

Em adição às doenças com comprometimento vascular, as doenças renais crônicas têm também um ônus importante na saúde da população, sendo estimado que 1.628.025 indivíduos sejam portadores de doença renal crônica (DRC) no Brasil, e 65.121 estão em diálise. São inúmeros os fatos que podem estar relacionados com a importância cada vez maior destas doenças. (BRASIL, 2001).

Tendo em conta os dados estatísticos referidos aos riscos de doenças cardiovasculares, pretende-se elaborar uma proposta de implantação de ações educativas relativas à prevenção da hipertensão arterial como uma intervenção que ajudará na diminuição desses riscos e a sua vez a diminuição de incidência de casos novos, agravamento das patologias já existentes, complicações e possíveis sequelas e também mortalidade por essa causa.

Acredita-se que o resultado desse trabalho possa servir de suporte para os enfermeiros e os demais profissionais da ESF. Pois a ausência de conhecimento acerca do problema pode se tornar um obstáculo para o sucesso de ações desenvolvidas para contemplar grandes grupos. As ações educativas podem ser mais bem trabalhadas pelos profissionais de saúde tanto na modalidade de grupos como na atenção individualizada, na expectativa de que haja uma melhor compreensão e sensibilização para a importância da prevenção.

A sensibilização da população para a importância da mudança de hábitos de vida e autocuidado poderá contribuir para a redução da morbimortalidade só será factível por meio da promoção da saúde.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção utilizando ações educativas para levar conhecimento sobre os fatores de riscos cardiovasculares a população do PSF Tupã.

## 4 METODOLOGIA

Para desenvolver o projeto de intervenção foram utilizados os dados obtidos no diagnóstico situacional. Dados referentes à saúde da população, condições sócio econômicas, condições de moradia e saneamento básico, apresentadas na introdução, e como diretriz seguiu o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) abordado no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde de autoria de Campos; Faria; Santos (2010).

Este método percorre quatro momentos que são subdivididos em passos.

- Momento explicativo, onde buscou conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas.
- Momento normativo, que é o momento de elaboração de propostas de soluções, ou seja, a formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado.
- Momento estratégico, onde buscou analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado.
- Momento tático-operacional, que é o momento de execução do plano.

Para subsidiar o referencial teórico sobre o tema proposto foi realizada revisão narrativa da literatura por meio de levantamento bibliográfico de textos, livros, artigos científicos. Os dados foram coletados nas bases da Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e SCIELO, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS)

Descritores em Ciências da Saúde foram utilizados: riscos, prevenção, doenças cardiovasculares.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

As doenças cardiovasculares incluem um grupo muito vasto de patologias que afetam o coração e também os grandes vasos, como infarto, arritmias cardíacas, isquemias ou anginas. A principal característica das doenças cardiovasculares é a presença da aterosclerose (SIMÃO *et al.*, 2002).

As mortes prematuras são causadas por doenças cardiovasculares em todo o mundo, sendo responsáveis por cerca de 17,3 milhões de óbitos anual, 31,3% de todos os casos sendo que 40% das mortes precoces ocorrem durante os anos mais produtivos de uma pessoa, antes dos 60 anos de idade (BRASIL, 2011).

No Brasil, trezentas mil pessoas, entre homens e mulheres, morrem por ano devido às doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011). O número equivale a 820 pessoas por dia, 34 por hora e uma a cada dois minutos. Os dados alertam ainda que, de acordo com a Universidade Columbia, dos Estados Unidos, a taxa de mortalidade entre brasileiros deverá crescer 250% do ano 2000 até 2040 (AVEZUM; WAJNGARTEN, 2013).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano (BRASIL, 2011). Estudos do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo) mostram que 60% dessas vítimas são homens, com média de idade de 56 anos. A alta frequência do problema coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de mortes por doenças cardiovasculares. (AVEZUM; WAJNGARTEN, 2013).

A doença cardiovascular é a principal causa de hospitalização no país, gerando o maior custo para o sistema nacional de saúde. Segundo levantamento feito em 2010 pela Global Burden of Disease Study sobre a Carga Mundial de Doenças (CMD), a doença isquêmica do coração e o derrame foram, respectivamente, a segunda e a terceira causas mais comuns de mortes prematuras no Brasil naquele ano. A doença isquêmica do coração representou 9,9% da mortalidade prematura, enquanto o derrame, 7,3% (AVEZUM, 2013).

As doenças cardiovasculares também estão entre os principais causadores de ônus econômico para as famílias e sociedade brasileira. De acordo com um estudo do Ministério da Saúde de 2007, a perda de produtividade e queda da renda familiar devido a diabetes, doenças do coração e acidente vascular cerebral no Brasil deverá causar prejuízos estimados em US\$ 4,18 bilhões para a economia brasileira entre 2006 e 2015 (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco são condições que se associam a uma probabilidade aumentada de desenvolver doença cardiovascular. Eles são imutáveis e mutáveis (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002).

No que diz respeito aos fatores mutáveis das doenças cardiovasculares, isto é, aqueles que são alterados adquirindo novos estilos de vida, o qual pode interromper de fato prematuramente ou minimizar em casos mais avançados a possibilidade de ocorrência de um evento cardiovascular e suas conseqüentes complicações, garantindo assim, melhor qualidade de vida da população envolvida (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002).

Dentro dos fatores de risco mutáveis podemos mencionar em primeiro lugar o tabagismo, que de acordo com Araújo *et al.* (2004,sp), é considerado pela Organização Mundial de Saúde “como uma doença tendo em vista que a nicotina contida no cigarro causa dependência, gerando alterações físicas, emocionais e comportamentais na pessoa que fuma”. Essa dependência tende a aumentar na proporcional a intensidade e duração do hábito de fumar e pode ser diminuído com a interrupção do vício.

Para Araújo *et al.*(2004) ser tabagista implica em uma maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, pulmonares e vários tipos de câncer, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial além da elevação dos níveis de colesterol e na coagulabilidade sanguínea. Destaca-se, que o tabaco pode anular a atuação de alguns medicamentos para doenças cardiovasculares. Pacientes hipertensos e fumantes apresentam maior risco de morte por hipertensão e cardiopatia isquêmica.

Outro importante fator de risco constitui a hipertensão arterial, muito comum na população, sendo que o perigo é ainda maior quando estão associados outros fatores de risco, tais como o fumo e ou colesterol elevado (ALVAREZ, 2008).

Sua presença pode provocar problemas bastante sérios como cardiopatias, infarto, perda de visão, doença renal crônica, acidente vascular cerebral. O controle do tabagismo é indispensável principalmente em pacientes da raça negra, ou portadores de doenças hipertensivas, não responsivas ou de mal prognóstico (ALVAREZ, 2008).

Segundo Alvarez (2008) o Diabetes mellitus é considerado um dos maiores problemas de saúde pública das sociedades modernas. É também um dos principais fatores de risco que leva ao aparecimento ou agravamento de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares: ocorrência da angina ou do infarto, dos acidentes vasculares cerebrais, de insuficiência renal crônica e cegueira. Nos pacientes diabéticos, a maior causa de morte é por doença coronariana.

A obesidade é dos maiores fatores de risco para o aparecimento do diabetes tipo II ela é também é um fator de risco independente para a doença cardiovascular. O índice de doença associada à obesidade é proporcional ao aumento do IMC. Os indivíduos com "Obesidade Mórbida" tem mais chance de desenvolver doenças como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, infarto do miocárdio, elevação do colesterol e triglicérides (ALVAREZ, 2008).

Os confortos da vida moderna levam a um comportamento sedentário, os indivíduos gastam poucas calorias por semana com atividades ocupacionais podendo ser um fator de causa do aumento da incidência de várias doenças. O indivíduo sedentário fica exposto a desenvolver hipertensão arterial, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol, infarto do miocárdio. "O sedentarismo é considerado o principal fator de risco para a morte súbita, estando na maioria das vezes associado direta ou indiretamente às causas ou ao agravamento da grande maioria das doenças" (ALVAREZ, 2008,sp).

O alcoolismo é uma doença relacionada ao consumo excessivo e prolongado do álcool, caracterizada por existência de vários diagnósticos como a dependência, a

abstinência, o abuso (uso excessivo, porém não continuado), intoxicação por álcool (embriaguez). O consumo prolongado de bebida alcoólica causa diversos problemas como arritmias, trombozes, acidente vascular cerebral, entre outros (ALVAREZ, 2008).

O Colesterol, os riscos de doença do coração aumentam à medida que os níveis de colesterol estão mais elevados no sangue. Junto a outros fatores de risco como pressão arterial elevada e fumo esse risco é ainda maior. Esse fator de risco é agravado pela idade, sexo e dieta inadequada (ALVAREZ, 2008).

Os fatores de risco de doenças cardiovasculares imutáveis são aqueles que não podem ser mudados, assim temos: idade, hereditariedade, sexo e raça (ALVAREZ, 2008).

Os números revelam que 90% dos problemas de saúde que afetam ao sistema cardiovascular, estão relacionados ao estilo de vida, baixo consumo de frutas e vegetais, exagero na ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo, peso e medida da cintura acima do ideal e falta de controle da pressão e do colesterol (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Segundo o estudo sobre os “Fatores de Risco Associados com o Infarto do Miocárdio no Brasil”, o maior já realizado no País, pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, em 2002 afirma que o homem fumante tem cinco vezes mais chance de ter um infarto que o não fumante. Os riscos provocados pelo comportamento superam inclusive histórico familiar de doença cardiovascular. Estudo recente do Hospital do Coração (HCor), de São Paulo, apontou que também jovens entre 20 e 40 anos estão tendo mais problemas cardiovasculares, como infartos. Segundo Ricardo Pavanello, supervisor de cardiologia do HCor e autor do estudo, os casos nesta faixa etária já representam, em média, 12% do total. Há dez anos, esse número não passava de 6%. As razões, segundo o médico, são estresse associado ao fumo e a outros fatores de risco, como peso acima do ideal (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002).

A prevenção desses fatores de riscos será abordada utilizando ações educativas. Assim sendo, as atitudes efetivas de prevenção devem ser incentivadas pela equipe de saúde no sentido de elevar a qualidade de vida das pessoas e diminuir tanto o adoecimento quanto as suas consequências (BRASIL, 2006). Embora na ESF, prioriza estratégias preventivas, o que se observa no dia a dia nos serviços de saúde são ações ainda muito centradas na doença e não no trabalho educativo do paciente, mudanças de hábitos e estilo de vida.

A educação em saúde é muito necessária, pois se acredita que possa haver redução das patologias e prevenção das mesmas uma vez que, o ato de educar produz a aproximação entre as pessoas, abre espaço para a confiança, a interação e fortalece os vínculos. A educação em saúde pode ser considerada uma abordagem diferenciada de prevenção primária, cuja principal finalidade é a de fornecer subsídios sobre o que causa os problemas de saúde (SMELTZER; BARE, 2002).

“A educação em saúde (ES) é uma combinação de aquisição de informações e aptidões básicas com o senso de identidade, autonomia, solidariedade e responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde e pela da comunidade” (TRIGUEIRO *et al.*, 2009,p.660).

O indivíduo é capacitado com metodologias adequadas de acordo com as suas necessidades, com o perfil do município e da região. Também oferece informações de qualidade sobre a saúde, condições de vida de sua comunidade, de modo a motivar sua utilização (BRASIL).

A ação educativa nem sempre produz transformações imediatas no comportamento porque é impossível perceber em que momento acontece o despertar crítico durante o processo educativo, que deve ser o repasse do conhecimento do profissional para ser um novo saber construído (ALVIM; FERREIRA, 2007).

No modelo proposto para a ESF à implantação de ações educativas pode acarretar muitas dificuldades pela falta de informações corretas. Este fato possibilita o “desenvolvimento de concepções erradas, os valores culturais sem correspondência com a realidade podem representar uma grande barreira para os profissionais que atuam na promoção da saúde e na prevenção de doenças” (OLIVEIRA, 2014,p.19).



A implantação de ações educativas na ESF inicialmente pode acarretar muitas dificuldades pela falta de informações da equipe que necessita de uma capacitação.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Campos; Faria e Santos, (2010) descrevem o plano de ação como um instrumento que permite estabelecer uma articulação entre a questão situacional imediatista e aquela voltada para o futuro, contempla uma gestão participativa. Para elaborar este plano foram seguidos os passos preconizados no PES. Foi considerado favorável a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados.

### ➤ **Primeiro passo: definição dos problemas**

Neste momento foram definidos os principais problemas através da estimativa rápida, obtendo-se informações que permitiram conhecer as causas e consequências deles. Os principais problemas foram:

- ✓ Sedentarismo
- ✓ Tabagismo
- ✓ Hipertensão Arterial
- ✓ Diabetes Mellitus
- ✓ Alcoolismo

Após discussão com a equipe concluiu-se que todos esses problemas reúnem-se em um grupo só, representando o número elevado de fatores de risco cardiovascular, o qual é predominante e deve-se trabalhar para diminuí-los.

### ➤ **Segundo passo: priorização do problema**

Após a identificação dos problemas, foi necessária a priorização deles, tendo em conta critérios como a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los. Daí os problemas foram selecionados quanto à prioridade, segundo os seguintes critérios:

- ✓ atribuindo valor "alto, médio ou baixo" para a importância do problema,
- ✓ distribuindo pontos de 0 a 10 conforme sua urgência,
- ✓ definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe,
- ✓ enumerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

- ✓ 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 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 3 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe 14 da Saúde da Família, Tupã, Contagem - 2013.

| Problemas            | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|----------------------|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Sedentarismo         | Alta        | 9        | Parcial                     | 1       |
| Tabagismo            | Alta        | 9        | Parcial                     | 2       |
| Hipertensão Arterial | Alta        | 9        | Parcial                     | 3       |
| Diabetes Mellitus    | Alta        | 9        | Parcial                     | 4       |
| Alcoolismo           | Alta        | 9        | Parcial                     | 5       |

A equipe considerou reunir os problemas identificados em um problema único, tendo em conta sua inter-relação: número elevado de fatores de risco cardiovascular, existindo só uma prioridade.

➤ **Terceiro passo: descrição do problema selecionado**

Uma vez selecionado o problema priorizado, passamos a descrevê-lo, ou seja, caracterizá-lo para ter a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta na realidade. Este problema é baseado nos dados da tabela 7 e define-se com mais de 50% da população maior de 15 anos, tanto homens quanto mulheres, apresentam fatores de risco cardiovasculares.

Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação que não permitiu a coleta de outros fatores igualmente transcendentais como, a obesidade e as hiperlipidemias, e da necessidade da equipe registrar informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento, por exemplo, com respeito às principais causas de óbitos, etc., que poderiam fortalecer mais a discussão do problema em questão.

As doenças cardiovasculares contribuem consideravelmente para a alta morbidade e mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Quando não causam óbito, tais doenças, frequentemente, invalidam parcialmente ou totalmente o

indivíduo e isto reflete diretamente em sua vida social e familiar. Portanto, pesquisar mais sobre a temática das doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, auxiliaria o profissional a direcionar um trabalho específico visando à prevenção destas patologias.

➤ **Quarto passo: explicação do problema**

Neste passo explicamos o problema com o objetivo de entender a gênese dele.

O modelo de desenvolvimento econômico e social estabelecido determina tanto o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico (como as pessoas pensam, como vivem), assim como as políticas públicas, que por sua vez influenciam: hábitos e estilos de vida inadequados como sedentarismo, hábitos alimentares impróprios, tabagismo e alcoolismo; aumento do nível de pressão social pelo desemprego, violência e baixos salários e baixo nível de informação da população sobre os riscos, agravos e direitos sociais. As políticas públicas a sua vez influenciam o modelo assistencial da Estratégia de Saúde de Família que não é desenvolvida adequadamente o qual interfere no processo de trabalho, dificultando no uso de protocolos, apoio diagnóstico, referência e contrarreferência, assim como a capacitação de pessoal e de fato a resposta do sistema de saúde. Sem se obter um funcionamento adequado destas últimas, se pode melhorar o acompanhamento de riscos e agravos, melhorar a autonomia do paciente com risco cardiovascular aumentado através de uma atenção integral.

Ao não existir um funcionamento adequado, não se consegue modificar adequadamente o desenvolvimento de riscos ou agravos, pelo quais hábitos e estilos de vida inadequados unidos a fatores hereditários estão associados com a ocorrência de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus e de feito ao aumento de risco cardiovascular, podendo causar infarto agudo de miocárdio, acidente vascular encefálico e doença renal crônica, assim como invalidez, aposentadoria precoce, aumento de desemprego e aumento da mortalidade.

➤ **Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É por isso que foi importante selecionar os "nós críticos", que são as causas de um problema que, quando “atacadas”, são capazes

de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Identificamos como "nós críticos" do problema escolhido os seguintes:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Baixo nível de informação;
- Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde;

➤ **Sexto passo: *desenho das operações***

As operações são conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano e neste passo deve-se descrevê-las, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010).

A equipe propôs, a partir dos "nós críticos" identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

No desenvolvimento do plano serão utilizadas as ações educativas: palestras, oficinas, rodas de discussão e formação de grupos como também orientações individuais para alcançar os objetivos dos nós críticos: hábitos e estilos de vida inadequados e o baixo nível de informação sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares apresentados pela população.

Pretende-se seguir os preceitos de Freire (1997) apud Oliveira (2014, p.26) quando enfatiza que:

[...] o ensino é dinâmico e profundo, e pode ser imprescindível nos atos de solidariedade social e política. [...] o educar não é transferir conhecimentos; educar seria a aquisição da conscientização do que foi apreendido de forma eficaz respeitando a identidade da comunidade e de seus sujeitos. Caso contrário, o ensino perderá sua autenticidade.

Para o nó crítico desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde necessita de uma equipe cooperativa para assumir a organização e estruturação do trabalho que é um fator impeditivo para realizar as atividades com eficiência. Serão

realizadas reuniões semanais e depois quinzenais para o acompanhamento das mudanças necessárias. Para atingir o objetivo proposto vamos seguir o que é preconizado por Brenna *et al.* (2001) apud Oliveira (2014) o diálogo. Ele é considerado a melhor estratégia para se criar uma atmosfera de confiança e aproximação entre as pessoas. Acreditamos que o espaço para o diálogo construído, poderá melhorar o índice de adesão da equipe tanto da comunidade elevando a participação e conscientização com relação às mudanças propostas e a importância da realização delas refletindo no fortalecimento dos laços e a confiança entre todos participantes desse processo.

Quadro 4 - Desenho das operações para resolução dos "nos críticos" do problema: fatores de risco cardiovascular - 2014

| Nó crítico   | Operação/ Projeto  | Resultados esperados   | Produtos   | Recursos necessários  |
|--|--|--|--|---|
| Hábitos e estilos de vida inadequados  | <b>O mundo melhor possível/</b> Conscientizar a população para mudanças nos hábitos e estilos de vida                  | População consciente e responsável. Adesão da população a mudanças propostas.                                      | Diminuição em 10% o número de tabagistas, obesos e sedentários. Níveis glicêmicos e pressão arterial controlados | <u>Organizacional:</u> organizar as atividades físicas<br><u>Cognitivo:</u> informação sobre os temas<br><u>Político:</u> conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino<br><u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. |
| Baixo nível de conhecimento sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares | <b>Novos conhecimentos/</b> Implantar um programa educativo para população.<br>-Agendar as atividades com a população. | -População mais informada sobre riscos cardiovasculares.<br>-População mais comprometida.<br>-Atividades agendadas | -Programa educativo para população implantado.<br>População informada.   | <u>Cognitivo:</u> conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas.<br><u>Organizacional:</u> organização da agenda.<br><u>Político:</u> articulação intersetorial e mobilização social  |

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde | <b>A pronta organização</b><br>/ -Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho.<br>- Estabelecer o sistema de cuidado para risco cardiovascular aumentado. | Cobertura de 95% da população com risco cardiovascular aumentado.<br>Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento do processo de trabalho<br>- Equipe consciente e comprometida com a comunidade.<br>Cooperação de toda equipe. | Sistema de cuidado para risco cardiovascular implantado ; protocolos implantados, recursos humanos capacitados, regulação implantada . | <u>Cognitivo:</u> elaboração de projeto do sistema de cuidados e protocolos.<br><u>Político:</u> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais<br><u>Organizacional:</u> adequação de fluxos |
|---|--|--|--|---|

➤ **Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.**

Identificamos os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis.

No seguinte quadro mostra os recursos críticos identificados pela equipe.

Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos” do problema risco cardiovascular aumentado.

**Operação/ Projeto**

|  |  |
|--|--|
| <b>O mundo melhor é possível/</b><br>Conscientizar a população para mudanças nos hábitos e estilos de vida | <u>Político:</u> conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino<br><u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. |
| <b>Novos conhecimentos/</b><br>Implantar um programa educativo para população                              | <u>Político:</u> articulação intersetorial e mobilização social  |

-Agendar as atividades com a população.

#### **A pronta organização**

-Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho.

- Estabelecer o sistema de cuidado para risco cardiovascular aumentado.

Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

### ➤ **Oitavo passo: análise de viabilidade do plano**

Neste momento foi preciso identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para motivar o ator que controla os recursos críticos, como sintetizado no Quadro 6.

Quadro 6 - Propostas de ações para a motivação dos atores.

| <b>Operações/<br/>Projetos</b>  | <b>Recursos críticos</b>   | <b>Controle dos recursos críticos</b> |           | <b>Ações estratégicas</b>      |
|---|--|---------------------------------------|-----------|--------------------------------|
|   |  | Ator que controla                     | Motivação |                                |
| <b><i>O mundo melhor é possível/</i></b><br>Conscientizar a população para mudanças nos hábitos e estilos de vida | <u>Político</u> : conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino<br><u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. | Setor de educação                     | Favorável | Não é necessária               |
| <b>Novos conhecimentos/</b><br>Implantar um programa educativo para população<br>-Agendar as                      | <u>Político</u> : articulação intersetorial e mobilização social   | Secretaria de educação                | Favorável | Apresentar o projeto educativo |



atividades com a população.

|   |               |  |                     |           |                  |   |
|---|---------------|--|---------------------|-----------|------------------|---|
| <b>A organização</b>  | <b>pronta</b> | <b>Político:</b>   | Secretario de saúde | Favorável | Não é necessária | é |
| -Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho.              | a             | articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais |                     |           |                  |   |
| - Estabelecer o sistema de cuidado para risco cardiovascular aumentado. |               |  |                     |           |                  |   |

➤ **Nono passo: elaboração do plano operativo**

Aqui foram designados os responsáveis por cada operação e definidos os prazos para a execução das operações.

Quadro 7 Plano operativo-2014

| <b>Operações/ Projetos</b>  | <b>Resultados</b>  | <b>Produtos</b>  | <b>Ações estratégicas</b> | <b>Responsáveis</b>                | <b>Prazo</b>                         |
|---|--|--|---------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>O mundo melhor é possível/</b> Conscientizar a população para mudanças nos hábitos e estilos de vida | População consciente e responsável. Adesão da população as mudanças propostas. | Diminuição em 10% o número de tabagistas, obesos e sedentários<br>Níveis glicêmicos e pressão arterial controlados | Não é necessária          | Enfermeira e Técnico de enfermagem | 3 meses para o início das atividades |

|   |  |  |                                       |                                    |  |
|---|--|--|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| <p><b>Novos conhecimentos/Im</b> plantar um programa educativo para população -Agendar as atividades com a população.</p>   | <p>- População mais informada sobre riscos cardiovasculares - População mais comprometida. -Atividades agendadas</p>   | <p>- Programa educativo para população Implantação População informada</p>   | <p>Apresentar o projeto educativo</p> | <p>Enfermeira e ACS</p>            | <p>Início em seis meses e término em 12 meses. Avaliação aos 12 meses.</p> |
| <p><b>A pronta organização</b> -Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho. - Estabelecer o sistema de cuidado para risco cardiovascular aumentado.</p> | <p>Cobertura de 95% da população com risco cardiovascular aumentado. Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento do processo de trabalho - Equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de toda equipe.</p> | <p>Sistema de cuidado para risco cardiovascular implantado; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada</p> | <p>Não é necessária</p>               | <p>Médica e coordenador de ABS</p> | <p>Início em 03 meses e término em 12 meses.</p>                           |

➤ **Décimo passo: gestão do plano**

O décimo passo é muito importante é o momento quando a equipe discute e define o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, devendo garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Inicialmente serão realizadas reuniões mensais e depois quinzenais para fazer o monitoramento e as adequações necessárias.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não existe dúvida que as doenças cardiovasculares, merecem uma especial atenção a respeito de tudo que está relacionado com os altos indicativos de incidência, prevalência, morbimortalidade, impacto para a família, e pelos altos custos que implicam para a economia de qualquer sociedade, são muitas as ocorrências de episódios cardiovasculares decorrentes dos hábitos e estilos de vidas inadequados, cada vez mais comuns nas comunidades, os quais, são gerados pelo ritmo da vida atual e pelo consumismo, vai ganhando espaço também nas populações jovens virando num problema geral.

Muitos cientistas afirmam que embora existam os avanços científicos técnicos, e programas de saúde em desenvolvimento para o tratamento destas doenças, não é possível modificar a realidade à curto prazo. Para alterá-la, é necessário a participação conjunta com o nível primário de saúde, que possui a capacidade de promover estilos de vida adequados, da prevenção do aparecimento de fatores de risco e do conhecimento mais aprimorado (por meio do trabalho de nossa equipe de saúde ) sobre as realidades ambientais e sociais de nossas comunidades. É preciso também, realizar ações que integrem funcionários do governo e líderes comunitários, com o objetivo de conquistar uma melhor qualidade de vida para as grandes massas populares simultaneamente.

Certamente, a implantação desse projeto de intervenção vai nos permitir modificar por meio das mudanças dos fatores de riscos, o curso destas e outras doenças que tanto prejudicam nossa sociedade de fato, através deste trabalho nossa equipe poderá comprovar uma ampla receptividade ao tema por parte da população, com significativos progressos no controle do peso corporal, da hipertensão arterial, mudança de outros fatores de riscos como, o tabagismo, o etilismo que ainda representam um consumo excessivo, principalmente nas populações jovens, em lugares de lazer, recreação, entre outros.

Pelo exposto, considero conveniente massificar a aplicação desta proposta de trabalho, pelas equipes com comunidades identificadas com os mesmos problemas de saúde, realizar trabalhos futuros de intervenções mais direcionados às

populações jovens e sensibilizar funcionários e instituições, na busca de alternativas que promovam padrões de vida saudáveis dentro da comunidade.

Acredita-se que as ações educativas poderão contribuir para prevenir as doenças cardiovasculares e assim para a melhoria da assistência a saúde. Sua importância no processo de mudança dentro do caráter preventivo e para promoção da saúde já foi comprovada.

## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ S., R. Medicina Geral Integral. Principais afecções nos contextos familiar e social. Havana: **Editorial Ciências Médicas**, v. 2, n. 70, p. 83 - 86. 2008.
- ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto, Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-9, abril/junho, 2007.
- ARAUJO, A. J de *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.** [online]. v.30, suppl.2, p. S1-S76, 2004.
- AVEZUM.Á.,WAJNGARTEN. M. Como Melhorar o Controle das Doenças Cardiovasculares. **Revista SOCESP**, São Paulo, v. 23, n. 02 | Abril / Maio / Junho - 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. **Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço.** 5th ed. Rio de Janeiro; 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA; 2011
- 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.
- CONTAGEM (MG). Prefeitura. 2013. Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br>. Acesso em: set. 2013.
- CORRÊA, J. E., VASCONCELOS M., DE LEMOS SOUZA M. S. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009.
- SIMÃO, M; NOGUEIRA, M.S; HAYASHIDA, M; CESARINO, E.J. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico on line] v.4, n.2, p. p. 27 – 35, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista.htm>.
- SANTOS FILHO, R. D.; MARTINEZ, T. L. da R. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas. **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. v.46, n.3, p. 212-214, 2002.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. V.3, 9º ed. RJ: Ed Guanabara koogan S.A., 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA /SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 95(1 supl.1), p. 1-51. 2010.

OLIVEIRA, K. D. DE. **Implantação de ações educativas na prevenção do cancer de colo de útero na UBS “Alegria”, no povoado de Araçaji- município de Pedra Azul- MG**. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon. UFMG.