

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

YERLINES LA LLAVE ELEJALDE

**MELHOR ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS COM
DOENÇAS CARDIOVASCULARES E USUÁRIOS COM FATORES
DE RISCO PARA A DOENÇA – Plano de Ação.**



BELO HORIZONTE – MG

2015

YERLINES LA LLAVE ELEJALDE

**MELHOR ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS COM
DOENÇAS CARDIOVASCULARES E USUÁRIOS COM FATORES
DE RISCO PARA A DOENÇA – Plano de Ação.**

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

Orientador: Antônio Leite Alves Radicchi

BELO HORIZONTE – MG

2015

YERLINES LA LLAVE ELEJALDE

**MELHOR ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS COM
DOENÇAS CARDIOVASCULARES E USUÁRIOS COM FATORES
DE RISCO PARA A DOENÇA – Plano de Ação.**

Banca examinadora:

Examinador 1 – Prof. Antônio Leite Alves Radicchi (orientador)

Examinador 2 – Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/2015.

AGRADECIMENTOS

**À minha família, que é o apoio que eu preciso para viver cada dia.
Agradeço a ela pelo amor e carinho dados a mim durante toda a minha
vida. Obrigada**

**A meu orientador Antônio Leite Alves Radicchi pela paciência e apoio
prestados durante o processo de finalização do trabalho.**

RESUMO

Considerando o diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Cristina do município de Santa Luzia/MG observou-se elevada incidência e prevalência de doenças cardiovasculares. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para melhor acompanhamento dos usuários cardiopatas e modificar os fatores de risco que influem na qualidade da atenção aos pacientes cardiopatas. A metodologia foi dividida em três momentos: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos alimentares inadequados, educação insuficiente sobre doenças cardiovasculares, falta de conhecimentos sobre a doença, carência assistencial da saúde, uso incorreto das medicações. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “mudança de hábitos” para conscientizar a população sobre alimentação adequada e importância da prática de atividade física; “+ informação” para aumentar o nível de informação sobre as doenças cardiovasculares entre os pacientes, familiares e população em geral e; “melhor acompanhamento” para estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.

Acreditamos que os projetos poderão aumentar o conhecimento a respeito das Doenças Cardiovasculares e conseqüentemente, transformarem o modo e estilo de vida da população reduzindo assim os principais fatores de risco.

Palavras chave: Doenças Cardiovasculares. Fatores de risco. Processo de trabalho. Atenção básica.

ABSTRACT

Considering the situational diagnosis of the area covered by the Health Strategy of the municipality of Santa Luzia Cristina Family / MG was observed high incidence and prevalence of cardiovascular diseases. Thus, this study aimed to develop a plan of action for better monitoring of cardiac users and modify the risk factors that influence the quality of care for cardiac patients. The methodology was divided into three phases: completion of the situational diagnosis; literature review and development of a plan of action. In this study the following critical nodes were selected: poor eating habits, insufficient education on cardiovascular disease, lack of knowledge about the disease, lack of health care, misuse of medications. Based on these critical nodes have been proposed the following coping actions: creation of projects "changing habits" to raise awareness about the importance of proper nutrition and physical activity; "+ Info" to increase the level of information on cardiovascular disease among patients, families and the general population and; "Better monitoring" to structure health services to improve the effectiveness of care. We believe that the project will increase the knowledge about cardiovascular disease and consequently transforms the way and people's lifestyle, reducing the main risk factors.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Risk Factors. Process Work. Basic attention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na ESF Cristina.....	24
Quadro 2	Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.....	27
Quadro 3	Recursos críticos de cada operação.....	30
Quadro 4	Ações para motivação dos atores.....,,,,,	31
Quadro 5	Plano operativo.....	32
Quadro 6	Planilha de acompanhamento do projeto.....	34

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVO.....	19
4. METODOLOGIA.....	20
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Primeiro passo: definição dos problemas.....	24
6.2 Segundo passo: priorização de problemas.....	24
6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado.....	25
6.4 Quarto passo: explicação do problema.....	25
6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”	26
6.6 Sexto passo: desenho das operações.....	26
6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.....	30
6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano.....	31
6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo.....	32
6.10 Décimo passo: gestão do plano.....	34
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38

1. INTRODUÇÃO

Santa Luzia. Tudo começou, em 1692, durante o ciclo do ouro. Santa Luzia é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, na região sudeste, pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte. “Localiza-se a 19°46’11” da latitude e 43°51’05” de longitude oeste, a uma altitude de 751 metros. Com uma área de 234,4 Km².

Sua população de acordo com a Estimativa 2012 pelo IBGE é de 205.666 habitantes, com a maior concentração populacional e atividade comercial no distrito de São Benedito, situado a oito quilômetros do centro do município. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

A história do município originou-se com aventureiros que em busca de riquezas, descobriram remanescentes da bandeira que Borba Gato implantou o primeiro núcleo da Vila, as margens do Rio das Velhas, no qual se fazia garimpo de ouro de aluvião. Em 1695 uma grande enchente do rio destruiu todo o povoado, localizado próximo ao atual bairro de Bicas, então o pequeno vilarejo mudou-se para o alto da colina, onde hoje, é o Centro Histórico da cidade. Em 1697, ergueu-se o definitivo povoado, que recebeu o nome de Bom Retiro nome que se originou de abrigo, pelo asilo que esse local foi para a povoação. Em 1724 foi criado a Freguesia de Santa Luzia, subordinado a Sabará.

Havendo já alguns arraiais nas proximidades e ao longo do Rio das Velhas, existia, entretanto, um grande hiato entre Roça Grande e a região de Sete Lagoas, tornando-se difícil o abastecimento das populações nômades e o descanso das tropas que demandavam o norte do estado. Nessa época, começaram a surgir varias fazendas, em vastos latifúndios, criadas para o descanso do gado e para suprir o abastecimento regional. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

Com o movimento crescente que se operava na região de Sete Lagoas, foram abertas várias estradas, que, atingindo Jequitibá, atravessavam diversas

localidades, entre elas, o arraial de Santa Luzia. Estas estradas desempenharam importante papel no povoamento da região, não só pelo intenso comércio que propiciavam como também, pelo estabelecimento de ranchos e capelas e pelos numerosos contingentes humanos, que por elas afluíam as Minas, vindos do Norte e dos portos da Bahia. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

Segundo dados da Prefeitura de Santa Luzia (2013) o povoado definitivo de Santa Luzia teria surgido entre 1721 e 1729, no alto das colinas, em cujos vales corriam o córrego das Calçadas, o córrego Seco ou do Dantas e o córrego dos Cordeiros, socavados na época, por mineradores em busca de ouro.

Nesse local, no topo da colina, edificou-se um rancho que acolhia numerosas tropas vindas de Sabará e outras localidades, pelas estradas que se cruzavam em forma de um "T" e que deram origem à Rua do Serro, Rua Direita e Rua Santa Luzia. Porém, ao contrário da maioria das povoações mineiras da época, Santa Luzia cresceu e floresceu muito mais em função do comércio que da mineração. Os trabalhos mineratórios desenvolveram-se nos córregos das Calçadas, Seco e Cordeiros, mas o povoado não cresceu ali, e sim no alto de uma colina próxima, junto a um rancho que acolhia tropas que faziam o comércio entre o sertão e o Rio de Janeiro. É importante ressaltar o fator religioso na formação do povoado, pois este só surgiu quando faiscadores e tropeiros construíram uma capela, dedicada a Santa Luzia, em frente ao rancho, que foi mais tarde, inteiramente aproveitada para a capela-mor da matriz. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

A partir da segunda metade do século XIX, Santa Luzia sofreu um processo paulatino de declínio. Vários fatores concorreram para isto e o mais importante parece ter sido a queda do comércio entre o sertão e o Rio de Janeiro, decorrente da decadência da mineração e, conseqüentemente, do poder aquisitivo da população que vivia dessa atividade. Desaparecia, assim, o sustentáculo do dinamismo econômico luziense, ou seja, papel de entreposto comercial do sertão. O centro dinâmico da Província deslocara-se para as zonas cafeeiras da Mata e Sul e as áreas que não se estruturaram em função dessa atividade, como era o caso de Santa Luzia, tiveram que reorganizar-se e

passaram por períodos de crise até encontrar opções econômicas relevantes. O município voltou-se, principalmente, para a atividade agrícola de subsistência, produzindo, em 1864, milho, arroz, feijão, mandioca, trigo, batatas, café, mamona e algodão. Sua produção artesanal chegou a adquirir certo vulto nessa época, tendo-se notícia da fabricação de moveis, como por exemplo, oratórios, além de imagens delicadíssimas de pedra de jaspe, chegando, ambos, a serem vendidos fora da Província. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

Uma atração extra de Santa Luzia é o Convento de Macaúbas, fundado pelos irmãos Manuel e Felix da Costa Soares em 1714. O convento, devido à proibição da existência de obras de ordem segunda em Minas, não era propriamente um convento, mas sim uma casa de recolhimento. Só foi devidamente regulamentado no final do século XVIII. Nele se educaram filhas ilustres de Diamantina, de Chica da Silva e do padre Rolim. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

Um dos acontecimentos mais relevantes na vida do luziense do séc. XIX foi sua participação na Revolução Liberal de 1842 contra o governo Imperial, quando alguns moradores uniram-se aos revoltosos, comandado por Teófilo Ottoni, fazendo o seu quartel-general no próprio povoado - o solar Teixeira da Costa, localizado em frente à matriz e que ainda guarda as marcas de balas em suas janelas. Santa Luzia foi palco da batalha final desta revolução, sendo um Muro de Pedras utilizado como trincheira contra as tropas legalistas de Duque de Caxias, monumento que constitui, atualmente, parte de seu acervo histórico. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

Com o fim da exploração do ouro, Santa Luzia tornou-se um importante centro comercial, ponto de parada dos tropeiros que vinham negociar e comprar mercadorias. Na rua do Comércio, no bairro da Ponte, existia um porto para os barcos que navegavam pelo Rio das Velhas, transportando mercadorias comercializadas em Minas Gerais. Assim, Santa Luzia passa a ser um ponto de referência do comércio, cultura e arte. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

O imperador D. Pedro II, em visita a Santa Luzia em 1881, ficou hospedado no Solar da Baronesa, um centro de referência social e cultural do século XVI,

localizado na Rua Direita, no Centro Histórico. A visita foi registrada, pelo imperador, através de desenho de um trecho do centro histórico da cidade. Esse desenho foi á prova histórica que concedeu ao município o título de Cidade Imperial. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

Situada a 18 km de Belo Horizonte, Santa Luzia está localizada de forma estratégica na Região Metropolitana, próxima aos aeroportos de Confins e da Pampulha. Dispõe de linha férrea e gasoduto subterrâneo. Santa Luzia é o 4º polo Industrial da Grande BH e ocupa o décimo terceiro lugar entre as cidades mais populosas de Minas Gerais. O município possui três vias de acesso com portais: via MG-020 ou Avenida das Indústrias; via MG-010 e MG-433 via São Benedito e via BR-381, através da Avenida Beira Rio. Os portais marcam o limite com Belo Horizonte e Sabará e dão identidade ao município, além de fazerem parte do sistema de segurança.

Concentração habitacional: a maior quantidade de pessoas que moram no município se encontra agrupadas nas áreas de São Benedito, Palmital e Centro de Santa Luzia. O número aproximado de domicílios e famílias: 382 288. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

Segundo a Prefeitura de Santa Luzia (2013), Santa Luzia possui uma vocação econômica antiga, graças ao ciclo do ouro, muito abundante na região. A extração de ouro fez a cidade se fortalecer economicamente nos primeiros 100 anos. Mas com o fim do ciclo do ouro a cidade se viu fadada a agropecuária, mas se mantendo estabilizada como entreposto comercial. Novas expectativas surgiram com construção de uma fábrica de tecidos e a construção da Estrada de Ferro Central do Brasil. A partir de 1950, com a decisão do governo de fortalecer a capital Belo Horizonte, assim como as áreas vizinhas, principalmente com a atividade industrial, a cidade teve um crescimento industrial e populacional.

A construção do maior frigorífico da América Latina, o FRIMISA, inaugurado por Juscelino Kubitschek, onde hoje se está instalado o centro administrativo de Santa Luzia, trouxe fama e mais indústrias.

Para atrair investidores no município, a prefeitura municipal adotou a política de incentivos fiscais, como a alíquota de 2% do ISSQN. Nos cinco distritos

industriais estão instaladas diversas empresas de vários segmentos de mercado. Nos últimos anos, a taxa de crescimento da cidade foi de 13% e o PIB (Produto Interno Bruto) cresceu 78%. Este crescimento é o resultado de uma política voltada para o desenvolvimento econômico e social, permitindo assim, investir na geração de empregos, no atendimento social e na preservação da identidade cultural do município. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

Por ser uma cidade polinucleada, o município não possui uma localidade com característica de centro econômico, as atividades estão localizadas em bairros, sendo o distrito de São Benedito o que tem a maior atividade comercial, localizado nele a maior quantidade de lojas e centros de comércio do município, dados pesquisados no documento Prefeitura de Santa Luzia (2013).

O município de Santa Luzia tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,75, taxa de urbanização: 99 %, renda Média Familiar: R\$ 900,00. (ADHB, 2013).

77,6 % da população tem abastecimento de água tratada e 41,9 % de recolhimento de esgoto por rede pública. (ADHB, 2013).

A partir de 1880 a situação econômica luziense encontrou melhores perspectivas devido à construção de uma fábrica de tecidos, próxima a cidade. O potencial algodoeiro da região, o crescimento demográfico local e, conseqüentemente, a ampliação do mercado consumidor, foram fatores favoráveis à instalação da "fábrica de Tecidos São Vicente" em Santa Luzia.

O desenvolvimento econômico apresentado pelo município, a partir da segunda metade do século passado, transformou um pouco a fisionomia da cidade, que sofreu acentuado crescimento urbano, mas soube, entretanto, preservar grande parte de sua memória colonial. Na parte alta da cidade, a mais antiga e tradicional, persistem monumentos de grande valor histórico enfeitando as ruas tortuosas e íngremes, como a capelinha do Bonfim, igreja do Rosário, a matriz, a casa da Baronesa, o solar Teixeira da Costa (mais conhecido como Quartel dos Revoltosos), e muitos outros.

Em relação aos aspectos demográficos o seu grande crescimento populacional só aconteceu no século XX, com a o desenvolvimento de Belo Horizonte e a confirmação das cidades vizinhas como periferia da capital.

A população total é de 205666 pessoas sendo distribuída na área urbana (202378) e na área rural (564). (ADHB, 2013).

A taxa de Crescimento Anual: 13%

A densidade demográfica: 879.82 hab./Km²

Em relação da taxa de escolarização: pré-escolar bruta 68,7%, pré escolar líquida 53,9%, EF bruta 53,9%, EF líquida 94,9%.(ADHB, 2013).

A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza corresponde a 19.28% da população total.

A população usuária da assistência à saúde no SUS: 89%

O Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde - SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90.

O Conselho de Saúde é composto por representantes de usuários (50 %), trabalhadores de saúde (25 %), do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde (25 %), sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

No município de Santa Luzia o Conselho Municipal se reúne uma vez ao mês na última quinta feira do mês. (ADHB, 2013).

Os recursos financeiros da saúde são movimentados por meio de fundos contáveis cabendo á direção do SUS e cada esfera de governo a sua movimentação é de acordo com a Constituição Federal os municípios são obrigados a destinar o 15% do que arrecadam em ações de saúde.

No momento o município de Santa Luzia conta com 23 equipes de Estratégia de Saúde da família, cobertura de cerca de 30%. Conta com 01 Centro de

Especialidades de Odontologia, 01 Pronto Atendimento (PA), e 01 Hospital Geral. O município possui convênio com Centro Viva-Vida, HIPERDIA com atendimento especializado e HIPERDIA com clínica de laboratório com três pontos de coleta de exames. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

Os usuários que consultam nos postos e precisam ser avaliados por outra especialidade são encaminhados mediante um modelo disponível nos postos para a especialidade que precisa, no caso que o paciente precise ser avaliado de forma urgente é necessário fazer a justificativa na mesma para dar prioridade ao pedido. Os pedidos vão para a Secretaria de Saúde, especificamente ao departamento encarregado de fazer às coordenações dos encaminhamentos segundo as especialidades e as prioridades do pedido sendo as primeiras nas filas as que são identificadas como urgentes. No município contamos com algumas das especialidades as que são encaminhados os pacientes como ginecologista, pediatria, neurologista, dermatologista, angiologista, cirurgia geral, sendo nestes casos mais rápido e efetivo o processo de marcação da consulta, mais tem outras especialidades que só estão presentes em Belo Horizonte, nestes casos é mais demorado e complexo o processo de marcação de consulta, demorando muito a consulta para o paciente.

Nestes momentos no departamento encarregado de fazer as coordenações estão em função de aperfeiçoar mais o serviço para melhorar o fluxo dos pacientes que fazem uso deste mecanismo. Uma vez marcada a consulta é notificado o posto e mediante as agentes ou por via telefônica se notifica ao usuário a data, hora e lugar da consulta. Em minha opinião, no momento, o município tem dificuldade com a chegada das contra referências, só na minoria dos casos os médicos recebem as contra referências do especialista.

No caso particular dos encaminhamentos para o centro Viva-Vida e Hiperdia, o mecanismo está mais fortalecido, e só se consegue marcar a consulta se o paciente está dentro dos critérios de encaminhamentos estabelecidos.

No município tem estabelecido uma rede de atenção á saúde conformada por pontos de atenção a saúde de distintas densidades tecnológicas sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção á saúde são

igualmente importantes, apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam. Aqui temos como centros institucionais com atenção secundária e terciária: centros de apoio psicossocial, residências terapêuticas, centro de especialidades odontológicas, centros ambulatoriais especializados, lares de abrigo e um hospital que como centro de alta densidade tecnológica e como organização complexa, ambulatório de pronto atendimento, cirurgia ambulatorial e eletiva, não tem maternidade.

O município tem entre hospitais, prontos socorros, postos de saúde e serviços odontológicos, 39 centros para a saúde. Tem 96 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Existe só um hospital São João de Deus, 49 auxiliares de enfermagem, 42 cirurgiões dentistas, 171 clínicos gerais, 21 cirurgião gerais, 86 enfermeiros, 33 pediatras, 26 ginecologistas, 230 distribuídos em outras categorias para um total de 658 profissionais da saúde. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

A equipe de saúde Cristina, fica na rua principal de acesso ao Bairro Cristina B na cidade Santa Luzia, e responde por 12400 habitantes agrupados em 4180 famílias.

O nível de alfabetização é de 80%, tendo grande quantidade de pessoas sem nenhum tipo de estudo.

A taxa de emprego é de 62%, como a maioria de população na área de abrangência do posto tem baixo nível de escolaridade, a maioria dos empregos é na área dos serviços: comércio, empregados domésticos, serviços gerais e pedreiros.

O bairro Cristina é um bairro marginal, com presença de aglomerados e alta atividade delitiva, sobre tudo vinculado ao tráfico de drogas sendo a falta de segurança um dos principais problemas na comunidade. Além disso desemprego, falta de saneamento básico, falta de espaço para lazer, cultura e educação, transporte e alimentação são outros problemas queixados pela comunidade. A principal causa de óbito são as doenças crônicas, mais especificamente as de origem cardiovascular, além de mortes relacionadas a ações violentas.

Associações comunitárias, grupos culturais, centros de educação, comércios, farmácias, laboratórios, 03 escolas, 14 igrejas, são os recursos com objetivo de melhorar a qualidade e condições de vida da população.

Na comunidade tem serviços de luz elétrica, água, telefonia, todos eles para o bem estar social e ou individual na comunidade.

O número de serviços públicos localizados nos outros bairros pertos do Cristina é demasiadamente inferior aos serviços lotados no Cristina, tornando estes sobrecarregados e insuficientes para atender as demandas.

O posto de saúde não tem dificuldade de acesso com uma boa localização topográfica e infraestrutura local com acesso a ele mediante vários recorridos de ônibus, o que permite a chegada de muitos usuários dos bairros do entorno do Cristina. Conseqüentemente ocorre uma sobrecarga do atendimento no posto.

O horário do trabalho compreende desde as 8 h da manhã ate 5 h da tarde. O dia do trabalho começa com as consultas de triagem pela enfermagem. O médico faz as consultas da demanda espontânea, agendados, as urgências, as consultas pré natal e as puericulturas. Além atendem vacinas e curativos.

O principal problema em relação com este ponto é a falta de pessoal foi planejado para três equipes de saúde pela quantidade de pessoas que mora no território de abrangência, mas na realidade: dois médicos, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, seis agentes de zoonoses e nove agentes sociais, nos dias futuros estão aguardando pela chegada de mais pessoal.

A estrutura física e adequada para atender todos os procedimentos preconizados pelo Ministério de Saúde dentro de suas disponibilidades.

2. JUSTIFICATIVA

No Brasil, nos últimos anos, as DCNT têm respondido por 69% dos gastos com assistência no Sistema Único de Saúde (SUS)³. Dentre essas, encontram-se as doenças do aparelho circulatório e seus fatores de risco, responsáveis em Goiás por 30,5% do total de óbitos ocorridos e 13,9% das internações na rede do SUS⁴.

Destacam-se, com prevalências altas de hipertensão arterial e diabetes, tanto em homens como em mulheres, causadas principalmente pelo modo de vida das pessoas, entre eles, hábitos alimentares, sedentarismo, estresse, uso de tabaco e bebidas alcoólicas.

Atualmente, os fatores de risco cardiovasculares, associados ao estilo de vida, "estão sempre entre os grandes temas em debate, nos fóruns nacionais e internacionais"⁵, devido à importância que deve ser conferida aos mesmos ao se planejar as ações e na reorganização dos serviços de saúde para incorporar a atenção a esses agravos.

Tornando-se comuns, na maioria dos países, essas constatações sobre a magnitude dos problemas relacionados às DCNT levaram a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a sugerir maior atenção dos governantes para este grave problema de saúde pública, apoiando-os na implantação e monitoramento de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis nas Américas.

Na equipe Cristina, existe um acompanhamento deste grupo de pessoas através do grupo específico do paciente. Este projeto de intervenção tem a finalidade de garantir um atendimento e acompanhamento mais integral dos pacientes cardiopatas, criando-se um protocolo de atendimento que garanta o melhor seguimento e atenção de forma integral aos pacientes com nessa doença.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção que possibilite a modificação dos fatores de risco dos pacientes com doenças cardiovasculares, na unidade de saúde Cristina em Santa Luzia - MG.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco dos pacientes com Doenças Cardiovasculares na comunidade Cristina.
- Fazer acompanhamento de todos pacientes com Doenças Cardiovasculares de acordo com os protocolos estabelecidos pelo SUS.
- Verificar o conhecimento dos pacientes sobre os fatores de risco das Doenças Cardiovasculares.
- Estimular adesão ao tratamento por meio da formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e usuários cardiopatas.

4. METODOLOGIA

Foi realizado um projeto de intervenção na Atenção Básica. O estudo foi realizado no ano de 2014 no Centro de Saúde Cristina, localizado no bairro Cristina na região noroeste da cidade Santa Luzia /MG.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados pela equipe, foram propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento aos pacientes com esse fator de risco.

Para a construção deste projeto foram utilizados trabalhos científicos encontrados nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o assunto proposto. Outros dados importantes que foram utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia, dados do Ministério da Saúde e arquivos da ESF Cristina. Os descritores utilizados nesse trabalho foram: Atenção Primária à Saúde, Rede hiperdia em MG, Sistema Único de Saúde. O trabalho contou com a participação dos profissionais de saúde da equipe, profissionais da equipe multidisciplinar e população adstrita a Unidade Básica de Saúde Cristina.

Foi realizada também uma análise situacional pela equipe de saúde sob a coordenação do médico e da enfermeira da unidade. Através dele foram identificados os nós críticos, bem como traçadas as operações, obstáculos e possíveis resultados a serem alcançados. Tudo isso foi organizado em um plano de ação que determina os responsáveis pelas operações além dos prazos e dos resultados das mesmas.

5. REVISÃO DE LITERATURA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o principal problema de saúde pública em todo o mundo. Duas em cada três mortes por ano, em todo o mundo, já podem ser atribuídas às DCNT (GOULART, 2011).

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde as DCNT são responsáveis por aproximadamente 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo (BRASIL, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente das DCNT, entretanto a prevalência do diabetes *mellitus* (DM) vem crescendo mundialmente, configurando-se como uma epidemia (SCHMIDT *et al.*, 2009).

Bastante comuns em nossa sociedade, as doenças cardiovasculares estão entre as que mais matam em todo o mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde, no último ano, cerca de 308 mil pessoas morreram de doenças como infarto e acidente vascular cerebral somente no Brasil. Tais doenças representam o significativo número de 29,4% de todas as mortes no país. O Brasil figura na lista dos 10 países com maior índice de mortes por doenças cardiovasculares.

Problemas desse tipo afetam o coração e as artérias do organismo e provocam também as arritmias, isquemias e anginas. O principal causador de todos os problemas cardiovasculares é o acúmulo de placas de gordura nas artérias, portanto a vida sedentária pode ser o maior fator de risco para a doença. O acúmulo de gordura no sangue e nas artérias prejudicam o entupimento das artérias da circulação sanguínea e é bastante grave.

www.saudicas.com.br/doencas-cardiovasculares

Doença cardiovascular é um termo genérico usado para descrever distúrbios que afetam o coração ou os vasos sanguíneos.

A maioria dessas doenças é resultado de problemas crônicos, que se desenvolvem no decurso de muitos anos. Entretanto, algumas consequências de doenças cardiovasculares podem ser episódios agudos, como infartos do miocárdio ou acidentes vasculares cerebrais, que ocorrem com a obstrução súbita de um vaso que irriga o coração ou o cérebro.

O uso mais frequente do termo doença cardiovascular refere-se a doenças associadas à aterosclerose. Elas ocorrem com maior frequência em pessoas que fumam, têm hipertensão arterial, apresentam níveis altos de colesterol (especialmente o colesterol LDL), estão acima do peso ideal, não fazem exercícios e/ou são diabéticas. As iniciativas de saúde pública tentam diminuir a incidência dessas doenças estimulando dieta saudável, abandono do fumo, controle da pressão arterial, diminuição dos níveis de colesterol, exercícios regulares e controle dos níveis de glicose de diabéticos. Alguns problemas classificados como doença cardiovascular incluem:

Doença arterial coronariana: afeta as artérias que irrigam o coração e pode resultar em:

Angina

Infarto do miocárdio

Insuficiência cardíaca congestiva

Doença vascular cerebral: afeta as artérias que irrigam o cérebro e pode resultar em:

Crises isquêmicas transitórias

Acidente vascular cerebral

Doença vascular periférica: afeta as artérias que irrigam as pernas e os braços e pode resultar em:

Claudicação – Obstrução temporária do fluxo arterial, causando dor

Gangrena – Morte de tecidos provocada por obstrução do fluxo arterial

Aneurismas

A Organização Mundial de Saúde calcula que, em 2005, morreram 17,5 milhões de pessoas devido a doenças cardiovasculares - isso representa 30% de todas as mortes. Dessas, 7,6 milhões foram resultado de doença arterial coronariana e 5,7 milhões provocadas por acidentes vasculares cerebrais. Por ser a principal causa de morte no mundo, a doença cardiovascular interessa a todos.

Diversas outras doenças afetam o coração e os vasos sanguíneos, incluindo as veias. No coração, as lesões que ocorrem durante o desenvolvimento são chamadas de doenças cardíacas congênitas. Lesões das valvas cardíacas

causadas por infecções recebem o nome de endocardites. O músculo cardíaco pode apresentar lesões de desenvolvimento lento (miocardiopatias) ou rápido, provocadas por infecções (miocardites).

www.labtestsonline.org.br/understanding/conditions/cvd

As causas da aterosclerose podem ser de origem genética, mas o principal motivo para o acúmulo é comportamental. Obesidade, sedentarismo, tabagismo, hipertensão, colesterol alto e consumo excessivo de álcool são as principais razões para a ocorrência de entupimentos das artérias.

Para prevenir o aparecimento destas doenças deve:

fazer exercício físico,

comer comidas saudáveis como peixes, frutas e etc.

não exagerar nos temperos na comida,

não fumar; e não beber exageradamente,

controlar infecções que possam haver em qualquer parte do corpo.

Entre as suas principais causas contam-se a vida sedentária, o consumo excessivo de alimentos ricos em gordura e sal, álcool (ainda que estudos demonstrem um efeito benéfico no consumo moderado de bebidas alcoólicas) e tabaco. Por consequência, a melhor prevenção consiste em fazer exercício físico, ter uma alimentação equilibrada, rica em frutas e legumes e não fumar.

pt.wikipedia.org/wiki/doença_cardiovascular.

Tratamento

Como já foi dito, o melhor tratamento para esse tipo de doença é a prevenção. Hábitos saudáveis diminuirão significativamente as chances do paciente sofrer com problemas cardíacos. Mas existem maneiras de tratar os problemas.

Em alguns casos, o médico pode recomendar que o paciente tome diuréticos, com o intuito de baixar a pressão arterial ou digitálicos, que aumentam a força do músculo cardíaco. Alimentos saudáveis, como grãos, aveias, linhaça, entre outros, também ajudam no tratamento e cura de Doenças Cardiovasculares.

www.saudicas.com.br/doencas-cardiovasculares

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Ao fazer a análise situacional do território da equipe de saúde Cristina em Santa Luzia, foi determinado um grupo de problemas que afetam à população e que interferem em seu estado de saúde, tanto dos pontos de vista objetivos como dos subjetivos.

Os principais problemas identificados foram as seguintes:

- 1- Alta incidência de pacientes com doenças cardiovasculares.
- 2- Alta incidência de paciente Diabético descompensado.
- 3- Alta incidência de doenças mentais.
- 4- Alto índice de consumo de drogas.
- 5 - Alto índice de consumo de álcool.

6.2 Segundo passo: priorização de problemas

Para elaborar a ordem dos problemas se utilizou como método a matriz de priorização, para fazer análise das situações de saúde e assim alcançou-se um consenso das prioridades dos problemas, pois não seria possível para a equipe resolver todos ao mesmo tempo.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na ESF Cristina.

Equipe Cristina - Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Grande incidência de pacientes com doenças cardiovasculares	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de pacientes	Alta	5	Parcial	2

Diabéticos descompensados				
Alta incidência de doenças mentais	Alta	5	Parcial	2
Alto índice de consumo de drogas.	Alta	5	Parcial	3
Alto índice de consumo de álcool.	Alta	3	Parcial	3

Fonte: autoria própria (2015)

6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O cenário epidemiológico brasileiro passou por uma transição significativa, pois as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade em 2003, dando lugar às doenças crônicas (BARBOSA *et al.*, 2003 *apud* MALTA *et al.*, 2006).

Quando na reunião de equipe foi discutido o principal problema identificado na comunidade, todos concordaram com a alta incidência de pacientes com doenças cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares são muito frequentes, constituindo um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É responsável por pelo menos 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por doença arterial coronariana, e responsável de um número importante de internações em hospitalares.

6.4 Quarto passo: explicação do problema

A doença não se encontra controlada na UBS e foi observada a irregularidade no cumprimento de tratamento, além disso, existe um grupo importante de pacientes que não utilizam os serviços do SUS constituindo em subnotificação estatística, e outro grupo que não sabem que tem uma doença cardiovascular,

e a doença vem influenciando na vida das pessoas de forma negativa, e ainda se possui pouca percepção do risco.

Um problema de saúde detectado em minha área de abrangência é a alta prevalência de pessoas com doenças cardiovasculares e a relação com muitos fatores de risco são bastante incidentes, além disso, outro aspecto muito importante é que o paciente tem um grande número de medicamento em seu tratamento ou na sua casa saindo á situação do seu controle.

Os mais importantes fatores causais incluem o excesso de peso, sedentarismo, atividade física reduzida, consumo inadequado de frutas, verduras e potássio e a prevalência de ingestão de álcool, complemento inadequado do tratamento, existe um que tem muita influência como o estresse e depressão.

6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos” para o problema: “ Alta incidência de pacientes com doenças cardiovasculares”

- Hábitos alimentares inadequados.
- Educação insuficiente sobre doenças cardiovasculares.
- Falta de conhecimentos sobre a doença.
- Carência assistencial da saúde.
- Uso incorreto das medicações.

6.6 Sexto passo: desenho das operações.

“Com o problema bem explicado, e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.66). No quadro 2 estão apresentadas as operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.

Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “Grande incidência de pacientes com doenças cardiovasculares”				
Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos alimentares e estilos de vida inadequados	"Viver mais" Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o número de pessoas sedentárias, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; programa “alimento saudável”.	Organizacio nal para organizar as Caminhadas. Cognitivo informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersectorial com a rede de ensino Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc
Educação insuficiente sobre doenças cardiovasculares.	"Saber mais" Propor reuniões entre os usuários para tratar de assuntos relacionados à alimentação saudável	Diminuição dos valores das taxas de referência;	Programa orientação sobre os alimentos ideais: Projeto de criação da Horta com cultivo de hortaliças;	Cognitivo informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos, estimular novos hábitos alimentares Político mobilização social em

				torno das questões, articulação intersetorial e aprovação do projeto Financeiro financiamento do projeto.
Falta de conhecimentos sobre a doença	"Saber prevenir" Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de ter uma doença cardiovascular	População mais informada sobre riscos que os pacientes com doenças cardiovasculares estão expostos	Avaliação do nível de informação da população sobre a doença; campanha educativa na rádio local; Capacitação dos ACS sobre a doença.	Cognitivo conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional organização da agenda. Político articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Carência assistencial da saúde	"Linha de Cuidado positiva" Implantar a linha de cuidado para pacientes com doenças cardiovasculares incluindo os mecanismos de referência e contra-referência.	Cobertura de 80% da população com doenças cardiovasculares.	Implantação de: -Linha de cuidado para pacientes com doenças cardiovasculares -Protocolos; e -Regulação Recursos humanos capacitados; "Gestão da linha de cuidado".	Cognitivo elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos Político articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional adequação de fluxos

				(referência e contra-referência).
Uso incorreto das medicações	"Dose certa" Incluir o tema medicamento para Pacientes com doenças cardiovasculares na unidade e visita domiciliar	População mais informada sobre como utilizar medicamentos das doenças cardiovasculares.	Programa de orientação sobre como e quando tomar medicamentos pelos ACS	Cognitivo elaboração de projeto da dose certa Político articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional adequação do tema na visita domiciliar.

Fonte: autoria própria (2015)

“6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos”: Grande incidência de pacientes com doenças cardiovasculares”

“O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.69). Os recursos críticos são indispensáveis para a

execução do projeto, entretanto não estão disponíveis, então devemos criar estratégias para viabilizá-los. O quadro 3 apresenta os recursos críticos de cada operação.

Quadro 3 - Recursos críticos de cada operação.

Operação/Projeto	Recursos críticos
"Viver mais"	Político: conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
"Saber mais"	Cognoscitivo: conhecimento sobre o tema. Político: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos.
"Saber prevenir"	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos.
"Linha de Cuidado positiva"	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
"Dose certa"	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Fonte: autoria própria

6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Esse passo apresenta os seguintes objetivos: identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários, analisar a motivação desses atores e; traçar ações estratégicas para motivá-los construir a viabilidade da operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 4 apresenta as propostas de ação para motivação dos atores.

Quadro 4 - Ações para motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	Ação estratégica
----------------------------	--------------------------	---------------------------------------	-------------------------

		Ator que controla	Motivação	
"Viver mais" Modificar hábitos e estilos de vida.	Político conseguir o espaço na rádio local; Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.;	Setor de comunicação social Secretário de Saúde Médico e enfermeira	Favorável Favorável Favorável	Não é necessária Não é necessária
"Saber prevenir" Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos das doenças cardiovasculares	Político articulação com a Secretaria de Educação	Médico e enfermeira Secretaria de Educação	Favorável Favorável	Não é necessária Não é necessária
"Linha de Cuidado positiva" Implantar a linha de cuidado para os pacientes com doenças cardiovasculares incluindo os mecanismos de referência e contra-referência.	Político decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. financeiros recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas).	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Médico e enfermeira	Favorável Favorável Favorável	Apresentar os projetos e discutir as ações.
"Dose certa" Incluir o tema medicamento para Doenças cardiovasculares na unidade e visita domiciliar	Político articulação entre os setores assistenciais da saúde e equipe multidisciplinar	Secretário Municipal de Saúde, profissionais do NASF, ACS	Favorável	Não é necessária

Fonte: autoria própria (2015)

6.9 Nono passo: Plano Operativo

Este passo designa os responsáveis por cada operação e define os prazos para a execução das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 5 define o plano operativo.

Quadro 5 - Plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
"Viver mais" Modificar hábitos de vida.	Diminuir o número de pessoas sedentárias, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; programa "alimento saudável".	Não é necessário	Enfermeiro e médico	03 meses para iniciar as atividades
"Saber prevenir" Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de ter doenças cardiovasculares	"Saber prevenir" Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença	População mais informada sobre riscos a que os pacientes com doenças cardiovasculares estão expostos	Não é necessária	Alberto, Sandra	Início em quatro meses e término em seis meses; início em três meses e término em 12 meses; início em seis meses, avaliações a cada semestre; início em dois

					meses e término em 3 meses
<p>"Linha de Cuidado positiva" Implantar a linha de cuidado sobre doenças cardiovasculares incluindo os mecanismos de referência e contra-referência.</p>	<p>"Linha de Cuidado positiva" Implantar a linha de cuidado sobre doenças cardiovasculares incluindo os mecanismos de referência e contra-referência.</p>	<p>Cobertura de 80% da população com doenças cardiovasculares</p>	<p>Não é necessária</p>	<p>Fernanda e Coordenador de ABS</p>	<p>Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos e quatro meses para compra dos equipamentos; início em quatro meses e finalização em oito meses.</p>
<p>"Dose certa" Incluir o tema medicamento para Doenças cardiovasculares na unidade e visita domiciliar</p>	<p>População mais informada sobre como utilizar medicamentos para pacientes com doenças cardiovasculares.</p>	<p>Programa de orientação sobre como e quando tomar medicamentos pelos ACS</p>		<p>Fernanda e Coordenador de ABS</p>	<p>Início em três meses e finalização em 12 meses</p>

Fonte: autoria própria (2015)

6.10 Décimo passo: Análise e viabilidade do plano “ Grande incidência de pacientes com doenças cardiovasculares”

Esta etapa corresponde ao acompanhamento do plano. Os próximos quadros apresentam a situação atual das operações e os campos preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 6 - Planilha de acompanhamento do projeto.

Acompanhamento das operações/projeto					
Operação "Viver mais"					
Coordenação: Educador físico e nutricionista					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada orientada e orientação sobre alimentação adequada	Educador físico e Nutricionista	03 meses	Programa Implantado e em andamento no momento		
Campanha educativa no posto e na comunidade	Dra Yerlines Enfermeira Fernanda ACS	03 meses	Programa implantado e implementado Produtos audiovisuais definidos		
Projeto “Caminhada”	Educador físico	03 meses	Programa implantado e implementado.		
Operação "Saber mais"					
Coordenação: Enfermeiro					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Projeto Avaliação do nível de informação sobre a doença	Dra Yerlines	04 meses	Projeto de avaliação elaborado		

ACS ligado	Enfermeiro e médico	2 meses	Parceiros identificados e sensibilizados; Fase de elaboração de projetos.		
Operação "Saber prevenir" Coordenação: José Ribeiro dos Santos – Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
"Campanha educativa na rádio local;	Enfermeiro	05 meses	Projeto elaborado		
Capacitação dos ACS Sobre as doenças cardiovasculares.	Médico	04 meses	Capacitação realizada.		
Operação "Linha de Cuidado positiva" Coordenação: Enfermeiro e médico					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Protocolo de cuidado para pacientes	Enfermeiro	02 meses	Programa de capacitação elaborado e		

com doenças cardiovasculares.			implantado		
"Gestão da linha de cuidado".					
Operação "Dose certa" Coordenação: Enfermeiro e ACS					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de orientação sobre como e quando tomar medicamentos pelos ACS	ACS	03 meses	Implantado e elaborado		
Produção do material	Enfermeiro	02 meses	Projeto elaborado e implantado		

Fonte: autoria própria (2015)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização do diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Cristina, a equipe selecionou como problema principal a elevada incidência e prevalência de doenças cardiovasculares. Sendo assim, este trabalho buscou desenvolver um plano de ação para melhor acompanhamento dos usuários com doenças cardiovasculares e usuários com fatores de risco para a doença.

Os projetos têm como objetivos modificar hábitos e estilo de vida da população, aumentar o nível de informação sobre as doenças cardiovasculares, não só entre os pacientes e familiares, mas também entre a população em geral, e também estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.

Acreditamos que os projetos poderão aumentar o conhecimento a respeito das Doenças Cardiovasculares e conseqüentemente, transformarem o modo e estilo de vida da população reduzindo assim os principais fatores de risco.

A equipe espera como principal resultado, um controle satisfatório da doença e redução dos novos casos de Doenças Cardiovasculares dentro da área de abrangência.

REFERENCIAS

ADHB – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Perfil Municipal – **Santa Luzia/MG**. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/santa-luzia_mg. Acesso em 17/03/15.

BARBOSA, J.B. *et al.* Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia & Saúde. 6ªed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.289-311 *Apud* MALTA, D.C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.15, n.1, p.47-65, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Coordenação nacional de hipertensão e diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009

GOULART, F.A.A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

IBGE-cidades. **Santa Luzia, Minas Gerais.** Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315780&search=minas-gerais|santa-luzia>. Acesso em 17/03/15.

PREFEITURA DE SANTA LUZIA. Plano Municipal de Cultura, 2013. Disponível em: <http://www.santaluzia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/01/PMC-Santa-Luzia-MG-Vers%C3%A3o-Final-2.pdf-oficial.pdf>. Acesso em 17/03/15.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública.** v.43, Supl.2, p.74-82, 2009.