

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DAILY MARGARITA MARTINEZ SEGURA

**INTERVENÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCOS
CARDIOVASCULARES ENTRE PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA EQUIPE SAMAMBAIA,
JUATUBA/MINAS GERAIS.**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

DAILY MARGARITA MARTINEZ SEGURA

**INTERVENÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCOS
CARDIOVASCULARES ENTRE PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA EQUIPE SAMAMBAIA,
JUATUBA/MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Virgiane Barbosa de Lima

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

DAILY MARGARITA MARTINEZ SEGURA

**INTERVENÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCOS
CARDIOVASCULARES ENTRE PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA EQUIPE SAMAMBAIA,
JUATUBA/MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Professora. Virgiane Barbosa de Lima - orientadora

Professora. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 13/08/2018.

DEDICATORIA

À minha mãe, que sempre e me orienta.
Ao meu esposo, por seu apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre comigo e deixar o caminho mais fácil.

Aos meus professores do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família e à minha Equipe de Saúde da Família de Samambaia no município de Juatuba/MG.

O médico vai ser algo mais do que alguém que cuida de alguém que adoece e vai ao hospital, mas terá um papel especial na medicina preventiva, enfim, será um “guardião da saúde”

Jose Martí

RESUMO

Juatuba é um município de 25874 habitantes e está situado em Minas Gerais. Este trabalho foi proposto para a equipe de saúde Samambaia que é responsável por 3200 pessoas onde há um número significativo de usuários portadores de doenças cardiovasculares ou expostos aos fatores de riscos para estas doenças, adscritos à de abrangência da equipe. Estes usuários procuram atendimento na equipe em situações urgentes, ou em situações que sugerem falta de adesão ao tratamento, e revelando estilos de vida incompatíveis com estas doenças. Esta intervenção foi proposta para melhorar a relação entre equipe e usuários, inclusive seu processo de trabalho, orientar sobre a transformação de hábitos necessários para conviver com o problema dentre outras ações. Realizou-se o diagnóstico situacional reconhecendo-se os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde para planejar ações pelo método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). As informações para esta intervenção foram coletadas nos prontuários, registros da equipe, e-SUS AB, consulta médica e de enfermagem, conversas com pacientes durante as visitas domiciliares e observação ativa da área de abrangência. A bibliografia utilizada foi consultada em trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Na construção do diagnóstico situacional foi utilizado o método da Estimativa Rápida Participativa e durante a proposta do plano de ação identificou-se os nós críticos e evidenciou-se a necessidade da realização deste projeto e da participação da equipe multidisciplinar, realizando modificações pertinentes na rotina do trabalho da equipe. Espera-se que a equipe consiga orientar e prevenir doenças através de ações preventivas, para reduzir o índice de usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis sem deixar de assistir os já acometidos que demandam reabilitação, garantindo melhor qualidade de vida.

Palavras-Chave: Atenção primária à saúde. Fatores de riscos cardiovasculares. Doenças Cardiovasculares. Prevenção.

ABSTRACT

Juatuba is a municipality of 25874 inhabitants and is situated in Minas Gerais. This work was proposed for the Samambaia health team that is responsible for 3200 people where there are a significant number of users with cardiovascular diseases or exposed to the risk factors for these diseases, ascribed to that of the team's comprehension. These users seek care in the team in urgent situations, or in situations that suggest a lack of adherence to treatment, and revealing lifestyles that are incompatible with these diseases. This intervention was proposed to improve the relationship between staff and users, including their work process, to guide the transformation of habits necessary to live with the problem among other actions. The situational diagnosis was realized recognizing the main problems faced by the health team to plan actions by the method of Strategic Situational Planning (PES). The information for this intervention was collected in the medical records, team records, and-SUS AB, medical and nursing consultation, conversations with patients during home visits and active observation of the coverage area. The bibliography used was consulted in scientific works available in the databases of the Virtual Health Library, PUBMED, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, SCIELO, among others. In the construction of the situational diagnosis, the Participatory Rapid Estimate method was used and during the proposal of the action plan the critical nodes were identified and the necessity of the realization of this project and the participation of the multidisciplinary team was verified, making pertinent modifications in the routine of the team work. It is hoped that the team will be able to guide and prevent diseases through preventive actions, to reduce the number of users with chronic non-communicable diseases without neglecting those already affected who require rehabilitation, guaranteeing a better quality of life.

Key words: Primary health care. Cardiovascular risk factors. Cardiovascular diseases. Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde.
BVS	Biblioteca Virtual em saúde.
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais.
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais.
DRC	Doença Renal Crônica.
DCV	Doença cardiovascular.
DM	Diabetes mellitus.
HAS	Hipertensão arterial sistêmica.
IBCS	Índice Bibliográfico espanhol de Ciências de Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade Pronto Atendimento.
UBS	Unidade Básica de Saúde.

QUADROS E TABELAS

- Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da equipe Samambaia na comunidade de Samambaia em Juatuba – Minas Gerais.....17**
- Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Samambaia, no município de Juatuba, Minas Gerais.....28**
- Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Samambaia, no município de Juatuba, Minas Gerais.....29**
- Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Samambaia, no município de Juatuba, Minas Gerais.....30**
- Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Samambaia, no município de Juatuba, Minas Gerais.....31**

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Considerações sobre o município de Juatuba.....	12
1.2 Os recursos para a saúde de Juatuba.....	13
1.3 A Unidade Básica de Saúde Samambaia em Juatuba.....	13
1.4 A Equipe de Saúde da Família Samambaia.....	13
1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	15
1.6 Priorização dos problemas (segundo passo).....	17
2 JUSTIFICATIVA.....	18
3 OBJETIVO.....	19
4 METODOLOGIA.....	20
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	26
6.1 Descrição do problema selecionado (Terceiro passo).....	26
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	27
6.5 Desenho das operações (sexto passo).....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações sobre o município de Juatuba

Juatuba é um município de 25874 habitantes, que ocupa 99,543 km² de área no estado de Minas Gerais conforme projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2017. Além disso, Juatuba tem como limítrofes, os municípios de Mateus Leme, Florestal, Esmeraldas, Betim e Igarapé.

O povoado de Juatuba teve sua origem, em torno da estação ferroviária da Rede Mineira de Viação, onde somente nos anos setenta é que ganhou grande expansão urbana, o que corresponde ao período de sua industrialização, devendo ser considerado também, o setor agropecuário com a plantação de eucaliptos, café e da criação de gado e implantação da Cervejaria Brahma. Desde 1911, o município era conhecido pelo nome de 'sítio dos juás', cuja origem, era indígena, adotado desde 1911 mas, somente no ano de 1992 é que houve sua emancipação política, sendo elevado a município. Outro fato a ser considerado é que Juatuba já foi distrito de Mateus Leme, sendo que, sua arrecadação era dividida com a Sede e demais distritos (IBGE, 2017).

Quanto ao saneamento básico, Juatuba tem seus resíduos, domésticos, comerciais e sólidos urbanos coletados pela prefeitura, atendendo 100% da população. A Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) é a empresa responsável pelo abastecimento de água e a Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG) pelo serviço e abastecimento de energia elétrica, para todas as residências. Por outro lado, os Juatubenses garantem sua renda em atividades na fábrica de cerveja ou Cervejaria Brahma que rende parte do ICMS recolhido pelo município, comércio e serviços, embora seja observada a prevalência de desemprego. No município, existem recursos como supermercados, bancos, correio, academias, farmácias, pronto atendimento médico e transporte para o trânsito entre o município e os municípios vizinhos.

De acordo com os registros da equipe, a população de Juatuba é relativamente jovem, sendo que faixa etária mais incidente está entre 20 e 39 anos com predomínio da população feminina, não deixando de ser destacada a população de idosos.

1.2 Os recursos para a saúde de Juatuba

Para proporcionar serviços básicos em saúde aos usuários, em Juatuba, estão disponíveis oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais, duas se encontram sem profissional médico no momento. Complementar a este serviço existem cinco equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); cinco unidades de farmácia popular e nove unidades de Saúde Bucal(USB). Já para o seguimento com especialistas estão o Centro de Especialidades Médicas (CEM), que mantém os serviços de Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Urologia, Dermatologia, Angiologia, Ortopedia e Cardiologia. O trabalho da equipe também é complementado pela Unidade de Pronto Atendimento Municipal que é mantido com recursos públicos e está equipado com aparelhos para a realização de Rx, ECG, ultrassom, além de laboratório de análises clínicas. Por outro lado, em Juatuba não existe hospital, e sendo os pacientes atendidos, quando necessária internação, os mesmos são encaminhados para o Hospital Regional de Betim.

1.3A Unidade Básica de Saúde Samambaia em Juatuba

A Unidade Basica de Saude recebe o nome de Samambaia e se encontra localizada na comunidade que possui o mesmo nome, com endereço na Avenida A, 869, bairro Samambaia, na zona urbana de Juatuba. A população quando observada conforme a faixa etária e sexo na área de saúde da UBS Samambaia em Juatuba, a população feminina é significativamente maior que a do sexo masculino a faixa etária predominante na população ocupa a faixa entre 20 e 39 anos. Na área de abrangência da equipe, existem recursos como mercearias, bares, uma escola de ensino fundamental, uma igreja católica, evangélica e um correio.

1.4 A Equipe de Saúde da Família Samambaia

De acordo com os documentos da equipe de saúde da família, a produção na UBS Samambaia resultou no ano 2017 atendimentos a 50 gestantes, delas 18 foram adolescentes e com idade entre 13 e 18 anos. Além disso, foram realizadas 1575 consultas medicas 2987 atendimentos individuais de enfermeiro, 226 curativos, 50 injeções, 186 consultas de pré-natal e 284 consultas de puericultura. Já em relação às morbidades, observou-se que o tabagismo, a hipertensão arterial e o sedentarismo são fatores que potencialmente resultam em morbidades.

Na área de abrangência da equipe Samambaia, estão cadastradas 3200 pessoas que se agrupam em 600 famílias, atendendo somente a zona urbana. Os profissionais da equipe prestam serviços na unidade de saúde de segunda a sexta-feira de 7:00 horas até 16:00 horas, cumprindo 40 horas semanais de carga horária, com pausa de uma hora para o almoço de 12:00 as 13:00. A equipe é constituída de um médico um enfermeiro, um técnico de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), odontólogo, e auxiliar de odontologia e um profissional para questões administrativas. Para contribuir com o serviço, em Juatuba, funcionando no mesmo prédio da equipe está o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que funciona uma vez por semana, apoiando a equipe e pacientes que precisam ser avaliados por nutricionista, psicologia e assistência social.

A equipe de saúde da UBS Samambaia trabalha unida, não sendo comuns conflitos entre os profissionais, nem há falta de comprometimento de cada um com o trabalho em equipe, pois, a comunicação entre os membros vem sendo eficiente, o que facilita o processo de trabalho da equipe. Além destes, existem vários outros fatores que positivos que podem ser citados: o horário diferenciado, onde a equipe trabalha um sábado de cada mês para prestar seus serviços aos trabalhadores que trabalham durante o período em que a UBS atende; os grupos operativos de Hiperdia, tabagismo, alcoolismo e planejamento familiar nas quartas-feiras; as visitas domiciliares a pacientes acamados ou com dificuldades de se locomover e ou sem acesso ao centro de saúde Samambaia. Nesse caso, o transporte é feito em carro disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde; as reuniões entre todos os profissionais da equipe, que são feitas na unidade e uma vez ao mês, onde são planejadas ações e serviços. A triagem é realizada pelo enfermeiro que dirige ao atendimento médico ou agenda novo atendimento, conforme a queixa e necessidade expressada pelo usuário; as atividades são programadas. A estrutura física da UBS, que além de bem estruturada, a sala de atendimento medico e de enfermagem possuem boa iluminação e ventilação ideais para o atendimento do paciente, recepção estruturada e área para recepção adequada para que os pacientes aguardem o atendimento, além de sala de reuniões.

Os casos de urgência ou de maior complexidade são primeiramente atendidos na UBS e em seguida encaminhados para a policlínica de Juatuba, onde são reavaliados pelo médico, e se necessário, são transportados pela ambulância do município para os municípios conveniados. O processo de trabalho é diariamente favorecido pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que trabalham envolvidos entre equipe e usuários, facilitados pelo fato de que os mesmos moram no território e conhecem a população, o que contribui para o

fortalecimento do vínculo com o usuário, com os quais têm ótimas relações prestando-se a serviços de orientação sobre tratamentos e medidas de prevenção aos usuários.

Por outro lado, há fatores que vem impedindo o bom andamento do processo de trabalho, dentre eles está a falta do prontuário eletrônico; A demanda espontânea; a grande fila enfrentada pelos pacientes para os demais níveis, que têm aguardado cerca de cinco anos para serem atendidos por uma especialidade, o que também ocorre com quaisquer exames de alto custo ou procedimentos cirúrgicos. Se ocorrer de algum paciente perder por algum motivo o retorno ao mesmo especialista, os mesmos precisam ser encaminhados novamente e aguardar o mesmo tempo. Além destes problemas, a equipe não recebe contra referência do especialista, sobre o que acontece na consulta, se perdendo da mesma forma, comprometendo o diagnóstico, acompanhamento fragmentando o cuidado. Além disso, os exames de análises clínicas são coletados na unidade básica de saúde e encaminhados para o município, porém os resultados ficam prontos somente na próxima semana após coletados.

1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Quando observada a área de abrangência da equipe de saúde Samambaia, verificou-se que na comunidade existe uma minoria de famílias que vivem em áreas com risco de desabamento e debaixo de linhas de alta tensão. Além disso, observa-se a presença de uma comunidade consideravelmente pequena pertencente à um assentamento formado, cerca de seis famílias que vivem em barracos de lona e esgoto a céu aberto. No restante da comunidade os resíduos, domésticos, comerciais e sólidos urbanos são coletados pela prefeitura. A maioria das famílias possui horta em seu quintal e atende individualmente cada família.

Utilizando os dados buscados nas bases de dados, registros da equipe Samambaia e observação ativa, através do método da estimativa rápida, foi construído o diagnóstico situacional, que uma vez realizado permitiu identificar os problemas relativos àquela comunidade. Foram determinados alguns problemas tais como: alto índice de fatores de risco cardiovascular, alto índice de adolescentes grávidas, acúmulo de lixo nas ruas e desemprego. Assim, foi feita a análise da governabilidade da equipe sobre os problemas evidenciados, bem como da sua capacidade de enfrentamento. Assim, a equipe concluiu que a presença de fatores de risco cardiovasculares, é o problema mais prevalente na área de abrangência e que

pela importância, torna-se necessária a elaboração de um projeto de intervenção para reduzir ou pelo menos impactá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nos registros da equipe de saúde Samambaia, estão cadastrados os dados das pessoas adscritas já diagnosticadas com doenças cardiovasculares. Embora a equipe procure atuar sobre os fatores que culminam com o problema e boa parte dos acometidos por doenças crônicas não transmissíveis acatarem as opiniões dos profissionais da equipe, ainda se observa um número significativo de pacientes que não aderem às orientações. A equipe, diariamente observa a falta de adesão ao tratamento pelo paciente, que faz o uso inadequado e abusivo cigarro e álcool, mantendo o sedentarismo, dieta descontrolada, estando expostos em sua grande parte ao estresse, demandando medicamentos para patologias como a ansiedade e depressão.

A pessoa portadora de doença cardiovascular, que é uma doença crônica, deve ser estimulada a aumentar o autocuidado para garantir melhor qualidade de vida e redução das internações. Além disso, o paciente reduz o gerenciamento do tratamento, quanto maior for o aparecimento de comorbidades; Reduz a responsabilização pela terapêutica, motivação, autoeficácia e a resiliência (CARVALHO *et al*, 2016).

Com o diagnóstico situacional em mãos, verificou-se que os problemas mais frequentes na área de abrangência são um número significativo de hipertensos (460), Acidentes Vasculares Encefálicos (10), pacientes cardiopatas (35). Ao se observar a história dos acometidos, todos estavam expostos a um ou vários dos fatores de risco já citados e dentre eles o tabagismo, alcoolismo, obesidade, Hipercolesterolemia e diabetes.

Principais problemas identificados existentes na área de abrangência da equipe Samambaia em Juatuba, MG:

Alta incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis;

Grande quantidade de pacientes hipertensos e diabéticos;

Alto índice de adolescentes grávidas;

Acúmulo de lixo nas ruas;

Desemprego.

1.6 Priorização dos problemas (segundo passo)

O quadro 1 foi elaborado pela Equipe de saúde após a realização do diagnóstico situacional, condições de saúde e doença da área de abrangência da equipe Samambaia na comunidade de Samambaia em Juatuba – Minas Gerais

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da equipe Samambaia na comunidade de Samambaia em Juatuba – Minas Gerais

Principiais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis;	Alta	07	Dentro	01
Grande quantidade de pacientes hipertensos e diabéticos;	Alta	06	Parcial	02
Alto índice de adolescentes grávidas;	Alta	05	Parcial	03
Acúmulo de lixo nas ruas;	Alta	04	Parcial	04
Desemprego.	Alta	03	Fora	05
Alcoolismo	Alta	03	Parcial	05

Fonte: Própria autora

A priorização dos problemas para avaliar sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe, foi feita numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios descritos. Assim, a priorização de problemas foi realizada após discussão entre membros da equipe, que consideraram a importância, atribuindo valor “alto, médio ou baixo”; Urgência, distribuindo pontos conforme apreciação; Capacidade para enfrentar os problemas identificados.

Uma vez selecionado o problema alta incidência de fatores de risco cardiovascular fez-se necessário propor alternativas para os indivíduos sob-risco, através de estratégias educativas e abordagens adequadas para aumentar a qualidade de vida dos acometidos. Assim, uma proposta de intervenção para a promoção do cuidado a estes pacientes torna-se adequada, seguindo o modelo apresentado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, estudado no Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família.

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se esta proposta de intervenção, pois na equipe de saúde Samambaia da Unidade básica de saúde Samambaia em Juatuba/ Minas Gerais, existem vários usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), expostos a fatores de riscos cardiovasculares, pois, não aderem às orientações fornecidas pela equipe de saúde, mantendo o constante contato com aqueles fatores. O problema, além de comprometer a qualidade de vida do acometido, altera o processo de trabalho da equipe, que vem buscando explicar ao paciente sobre o problema, avaliar o estado de saúde através de exames clínico laboratoriais, sem sucesso.

Conhecidas como as principais causas de morte entre brasileiros, as doenças cardiovasculares respondem por parte significativa das mortes entre indivíduos acima de 30 anos de idade, podendo variar entre as regiões, embora seja verificada a tendência de queda na taxa de mortalidade a partir dos anos 90(MANSUR; FAVARATO, 2016). Assim, faz-se necessária a implantação de programas de intervenção, baseados em pesquisas locais a respeito destas doenças e seus fatores de risco que advém de duas situações. A primeira delas é derivada dos hábitos de vida, como por exemplo, alimentação inadequada, estresse, sedentarismo, desgaste físico e tabagismo. A outra situação é a natureza biológica, como: lipemias, antecedentes diabéticos e o diabetes melito, obesidade, hipertensão e níveis de estrógeno em mulheres (MARTINS; GOMES; PASINI, 1989).

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção visando reduzir os fatores de riscos cardiovasculares entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência da equipe Samambaia em Juatuba/MG.

4 METODOLOGIA

Esta proposta de intervenção teve como ponto de partida o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe Samambaia em Juatuba/MG, que permitiu que os profissionais da equipe identificassem os problemas mais incidentes na comunidade através do método da estimativa rápida. O problema selecionado para esta proposta foi a alta incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis na área da equipe de Samambaia. Os dados referentes população, condições sócio econômicas, condições de moradia e saneamento básico, descritas na introdução, e em seguida se utilizou o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) para construir a proposta de intervenção composta de dez passos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os dados foram coletados nos registros da Unidade de saúde Samambaia e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Para a pesquisa bibliográfica deste trabalho, utilizaram-se de textos, livros, manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos buscados nas bases da Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e SCIELO. Os descritores utilizados neste trabalho foram:

Atenção primária à saúde.

Fatores de riscos.

Doenças Cardiovasculares.

Prevenção.

5 REVISÃO DA LITERATURA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um importante problema de saúde pública, sendo responsáveis por um grande número mortes prematuras, redução da qualidade de vida, prejuízo socioeconômico e para os familiares (MALTA *et al*, 2015). Clinicamente estas doenças se manifestam pela relação do indivíduo com fatores de risco como o tabagismo, a obesidade generalizada e central, indivíduos não obesos alcoolismo, sedentarismo, entre outros; ou ainda, por se tratar de doença assintomática, o indivíduo nem sempre tem acesso ao diagnóstico oportunamente, podendo se deparar tardiamente com as complicações e ser surpreendido por situações limites e fatais como afecções como doença coronariana aguda e /ou acidente vascular encefálico (LESSA, 2004).

Em todo o mundo vem sendo observada certa redução por doenças infectocontagiosas e o aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, em países que possuem renda média ou baixa (ROMBALDI *et al*, 2014). Não sendo diferente, o Brasil também vem passando pelo mesmo quadro epidemiológico e demográfico, onde cerca de 70% das mortes por causas conhecidas se devem a estas doenças, representadas pelas doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doença respiratória crônica. São doenças que acometem pessoas vulneráveis como os idosos, pessoas de baixa escolaridade e renda podendo envolver todas as camadas socioeconômicas (MALTA *et al*, 2015).

Através de investigações clínicas e epidemiológicas, foi possível identificar os vários fatores de risco determinantes da saúde, ou da doença do indivíduo, podendo os mesmos ser divididos em dois grupos específicos conhecidos como modificáveis ou comportamentais e não modificáveis. No primeiro caso, podem ser citados o tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo e consumo de álcool e no segundo considera-se o sexo, idade e história familiar (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015). De acordo com Santos e Vitória (2004) *apud* Capilheira e Santos (2011, p.1143), para reduzir a prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis deve-se considerar,

[...] A extensa cadeia causal desde a implantação das intervenções até o impacto, o funcionamento do sistema de saúde (acesso, disponibilidade de exames complementares e medicamentos), o meio ambiente e as características sociodemográficas, culturais e epidemiológicas da população estão entre as razões da baixa.

Para Duncan et al(2012), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou acesso à saúde, com capacidade técnica, o SUS permite ainda, analisar, interpretar, planejar e implantar ações voltadas para seu enfrentamento, estando envolvidos neste caso, o trabalhos dos gestores e seus empreendimentos em políticas públicas, a rede de cuidados de saúde, e os recursos técnicos para avaliação de políticas e programas. Ações de combate ao fumo, e a ampliação do acesso aos cuidados e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). No primeiro caso, a promoção à saúde foi apoiada por ações legislativas, que proíbe fumo em ambientes fechados e pelo aumento dos impostos, e conseqüentemente no preço do cigarro. No segundo caso, observa-se a efetividade das ações populacionais sobre as individuais, com destaque para a rede de APS, com os atributos essenciais como o acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação e que funciona de forma central no enfrentamento das DCNT. Aproximadamente 32.000 equipes de saúde da família estão implantadas e atuantes, reduzindo o número de internações, por doenças crônicas.

A Atenção Primária à Saúde é conhecida como o primeiro acesso para os sistemas de saúde sendo também, uma estratégia de organização do sistema de saúde, trabalhando com ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação individual e coletiva (AZEVEDO *et al*, 2013). Ainda sobre a atenção primária, Mendes (2009) *apud* Lavras (2011, p.869) considera:

[...] O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são prevalentes em todo o mundo e responsáveis por números significativos de mortalidade. Os acometidos carecem de acesso e de cuidados de qualidade prestados pela Atenção Primária à Saúde (APS), pois, são pessoas expostas a prejuízos funcionais, comorbidades, reações adversas a medicamentos e mesmo à hospitalizações. Uma importante política pública vigente no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF), determinada a reorganizar a assistência e facilitar o acesso aos serviços, com qualidade na prestação do cuidado. Esta forma é conhecida no SUS como porta de entrada

para atender as necessidades de saúde individuais e coletivas, obedecendo a um ciclo completo de atendimento composto de tempo de duração da condição de saúde, forma de enfrentamento e estrutura do sistema de atenção à saúde (LENTSCK; MATHIAS, 2015).

Juntamente da prevenção primária a promoção da saúde:

[...] tem se configurado como alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de fatores que configuram o quadro epidemiológico atual das DCV. Os fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta. No entanto, dentro do marco mais amplo da promoção da saúde, as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis à saúde (OMS, 1988 apud RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012, p. 8).

As Doenças Cardiovasculares que mais acometem as pessoas são a doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, angina, infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças valvares, arritmias, doenças hipertensivas, etc. estando associadas a fatores de risco que permitem seu desenvolvimento (MAGALHÃES *et al*, 2014). Ainda conforme estes autores,

[...] as DCV têm se destacado no âmbito da saúde pública, sendo propostos alguns programas de reabilitação cardiovascular e estratégias de promoção da saúde para a redução e/ou remoção de seus fatores de risco; assim como a possibilidade de minimizar a morbimortalidade, sobretudo da DAC e do IAM, além da boa relação entre custos sociais e econômicos destes programas, quando comparados ao tratamento medicamentoso e cirúrgico (IGLESIAS *et al*, 2010 apud MAGALHÃES *et al*.2014, p. 395).

De acordo com Rique; Soares e Meirelles (2002), a incidência crescente das doenças cardiovasculares motivou a busca e reconhecimento dos fatores de risco responsáveis por seu desenvolvimento, sem deixar de considerar a genética e a idade. Modificações de hábitos alimentares e prática de atividade física simultâneas resultam em modificação do estilo de vida e são atitudes de baixo custo capazes de reduzir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Embora estas doenças sejam graves e aumentem a incidência com o avanço da idade, parte delas pode ser evitada, se utilizadas abordagens de prevenção e controle integrados, para todas as idades, estimulando a redução de fatores como a hipertensão arterial, tabagismo, álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009). Os autores ainda descrevem que os fatores “tendem a ocorrer simultaneamente com frequência maior do que aquela esperada estritamente pela casualidade. Além disso, a agregação de fatores de risco cardiovascular está associada a um risco maior do que o esperado pela soma dos riscos individuais de cada fator”

(EBRAHIM; MONTANER e LAWLOR, 2004 apud PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009, p. 492). São necessárias outras ferramentas necessárias à redução de fatores de risco além da prevenção e controle de doenças crônicas, como afirma os autores abaixo..

[...] além do aumento na quantidade de pessoas atendidas, é necessário melhoria do acesso, incentivo ao paciente da autogestão de sua saúde, capacitação da equipe de saúde, através da educação aos provedores e apoio aos gestores de saúde. É imperiosa a interlocução com os outros níveis de atenção à saúde, facilitando o acesso a serviços de diagnóstico e tratamento especializados, assim como a implantação de sistemas eficientes para melhor registro e uso da informação, coordenação de medicamentos prescritos e acompanhamento dos resultados ao longo do tempo (MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011 *apud* TAVARES; BARRETO-FILHO, 2017, p.507).

Cabe à Saúde da Família como estratégia estimular o modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde abandonando o modelo assistencial e hospitalocêntrico, e a partir da atenção básica, propor ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos agravos mais prevalentes, recuperação e reabilitação, utilizando de forma integrada a rede de vigilância em saúde visando o cuidado às doenças crônicas (EYKEN; MORAES, 2009).

No ano de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde. Assim, foram propostas ações prioritárias voltadas para uma alimentação saudável, práticas de atividade física, ambiente sustentável, prevenção de uso de tabaco, álcool, drogas, violências e cultura da paz. Além disso, em decisão envolvendo os Ministérios da Saúde e da Educação instituiu-se o Programa Saúde na Escola (PSE), criado para desenvolver ações clínicas, avaliação da saúde de escolares, aferindo pressão arterial e avaliação nutricional, estimulando o diagnóstico precoce da hipertensão, obesidade, alimentação saudável e a prática de atividade física regular (BRASIL, 2011).

Além da Política Nacional de Promoção da Saúde, as equipes de saúde da família trabalham inserindo práticas de promoção da saúde, em dimensão individual e coletiva, propondo ações de educação e comunicação em saúde, direcionadas às mudanças comportamentais transformação de hábitos e estilos de vida entre as pessoas através do trabalho multissetorial com propostas de intervenções sobre determinantes sociais que interferem na qualidade de vida dos usuários adscritos às unidades de saúde (MEDINA *et al*, 2014). Para os autores outros recursos são,

[...] os sistemas de informação em saúde não contemplam o registro sistemático de ações de promoção, atestando o grande vazio de conhecimento e a pouca expressão concreta das práticas de promoção no cotidiano dos serviços de saúde. Ressalta-se, aqui, a importância das informações produzidas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) criado em 2011 por iniciativa do governo federal com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de Atenção Básica através de incentivo financeiro destinado às gestões municipais de saúde, condicionado à pactuação de compromissos e avaliação de indicadores firmados entre as equipes de Atenção Básica, os gestores municipais e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012 *apud* MEDINA *et al*, 2014, p. 71).

As políticas de saúde demonstram a intervenção do Estado sobre a organização social das práticas em saúde, baseando-se nos problemas de saúde das populações para em seguida propor a organização dos serviços, sua gestão e assistência. Os princípios, diretrizes e decisões em geral servem para orientar o trabalho diário observadas as condições onde o indivíduo vive envolvendo sua participação.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (Terceiro passo)

Utilizando os dados buscados nas bases de dados, registros da equipe Samambaia e da observação ativa citada, através do método da estimativa rápida, construiu-se o diagnóstico situacional, o qual permitiu identificar os problemas relativos àquela comunidade. Foram determinados alguns problemas tais como: alto índice de fatores de risco cardiovascular, alto índice de adolescentes grávidas, acúmulo de lixo nas ruas e desemprego. Assim, foi feita a análise da governabilidade da equipe sobre os problemas evidenciados, bem como da sua capacidade de enfrentamento. A equipe concluiu que a presença de fatores de risco cardiovasculares, é o problema mais prevalente na área de abrangência e que pela importância, torna-se necessário a elaboração de um projeto de intervenção para reduzir ou pelo menos impactar o problema que afeta além do processo de trabalho da equipe demonstra relativa redução da qualidade de vida do usuário (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.2 Explicação do problema selecionado (Quarto passo)

A equipe procure atuar sobre os fatores de risco que culminam com o problema e boa parte dos acometidos por doenças crônicas não transmissíveis acataram as opiniões dos profissionais da equipe, ainda se observa um número significativo de pacientes que não aderem às orientações. A equipe, diariamente observa a falta de adesão ao tratamento pelo paciente, que faz o uso inadequado e abusivo cigarro e álcool, mantendo o sedentarismo, dieta descontrolada, estando expostos em sua grande parte ao estresse, demandando medicamentos para patologias como a ansiedade e depressão.

6.3 Seleção dos nós críticos (Quinto passo)

Através do atendimento diário na equipe Samambaia em Juatuba, observou-se usuários que são portadores de doenças cardiovasculares, ou queixas que remetem ao descontrole de níveis pressóricos e que ao serem atendidos, o médico constata a exposição daquele usuário aos fatores de risco cardiovasculares considerados pela literatura. O atendimento ao portador de

doenças crônicas não transmissíveis na equipe Samambaia é realizado a partir de triagem pelo profissional enfermeiro e confirmada alterações, medicamentos são prescritos pelo médico da equipe sendo o mesmo observado até restabelecimento dentro da UBS. Quando o paciente apresenta melhora, o mesmo é agendado para retornar à unidade, em outro momento para ser acompanhado. Caso não haja restabelecimento, o mesmo é encaminhado para a policlínica de Juatuba, onde são reavaliados pelo médico, e se necessário, são transportados pela ambulância do município para os municípios conveniados. De outro lado, A equipe, vem observando a falta de adesão ao tratamento pelo paciente, que mantém níveis pressóricos descontrolados e que embora com lesão em órgão alvo, faz o uso inadequado e abusivo cigarro e álcool, mantendo o sedentarismo, dieta descontrolada, sem adesão ao tratamento farmacológico, além de estarem expostos em sua grande parte ao estresse, demandando medicamentos para patologias como a ansiedade e depressão. A partir desta realidade foram verificadas algumas situações, que vem favorecendo o aumento da incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis:

- Falta de conhecimento do paciente sobre os fatores de risco cardiovasculares.
- Dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão
- Falta de adesão às atividades preventivas propostas pela equipe
- Falta de vínculo entre a equipe e os portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Samambaia, no município de Juatuba, Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de conhecimento do paciente sobre os fatores de risco cardiovasculares
Operação (operações)	Informar o usuário sobre os principais fatores de riscos para doenças cardiovasculares
Projeto	Eliminar o risco
Resultados esperados	Compreensão dos usuários sobre os principais fatores de riscos para doenças cardiovasculares durante atendimentos na unidade, visita domiciliar e grupo separado.

Produtos esperados	Orientação permanente aos profissionais da equipe sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares; Reuniões regulares entre todos os portadores de hipertensão e demais doenças crônicas.
Recursos necessários	Estrutural: Agendamento de todas as atividades relacionadas Cognitivo: Repetição da informação para assimilação em todas as reuniões Político: Adesão de todos os profissionais da equipe Financeiro: recurso material impresso.
Recursos críticos	Estrutural – Designação de um profissional da equipe para acompanhar o grupo operativo além da presença dos profissionais do NASF Cognitivo. Informação sobre os fatores de riscos para doenças cardiovasculares; Político: mobilização entre a equipe, os usuários e profissionais da educação envolvidos; Financeiro: recurso para impressão materiais.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	3 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 1 mês e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas. Se não repetir se necessário

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Samambaia, no município de Juatuba, Minas Gerais

Nó crítico 2	Dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão (maior quantidade de usuários portadores de doenças cardiovasculares é hipertenso)
Operação (operações)	Informar o usuário sobre necessidade de praticar medidas não farmacológicas e farmacológicas na modificação do estilo de vida e controle da hipertensão
Projeto	Saúde
Resultados esperados	Compreensão dos usuários sobre os novos hábitos para reduzir o

	contato com os fatores de riscos para doenças cardiovasculares e do uso regular dos medicamentos prescritos pelo médico.
Produtos esperados	Pacientes que reduzem a exposição aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, pois participam de caminhadas e exercícios propostos pelo educador físico; Atenção farmacêutica/ clínica e valorização da prescrição.
Recursos necessários	Estrutural: Agendamento de todas as atividades relacionadas Cognitivo: Repetição da informação para assimilação da informação Político: Adesão de todos os profissionais da equipe e profissionais do NASF Financeiro: recurso material impresso.
Recursos críticos	Estrutural – Empenho dos profissionais do NASF Cognitivo- Informação sobre os fatores de riscos para doenças cardiovasculares e hipertensão; Político: mobilização entre a equipe, os usuários e profissionais do NASF e da educação de Juatuba envolvidos; Financeiro: recurso para impressão materiais.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	3 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médica
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 1 mês e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas. Se não repetir.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Samambaia, no município de Juatuba, Minas Gerais

Nó crítico 3	Falta de adesão às atividades preventivas propostas pela equipe
Operação (operações)	Busca ativa do usuário que não comparece à consultas agendadas e /ou especialidades
Projeto	Fidelidade
Resultados esperados	Compreensão dos usuários sobre o acompanhamento e seguimento para o controle dos fatores de riscos para doenças cardiovasculares e do uso regular dos medicamentos prescritos pelo médico.

Produtos esperados	Pacientes que conversam com a equipe sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares, que têm compromisso com as atividades preventivas da equipe, bem como com a consulta médica
Recursos necessários	Estrutural: Agendamento de todas as atividades relacionadas Cognitivo: Busca ativa pelos ACS e redes sociais Político: Adesão de todos os profissionais da equipe e profissionais do NASF Financeiro: recurso material impresso e telefônico.
Recursos críticos	Estrutural – Empenho dos ACS e profissionais do NASF Cognitivo- Informação sobre a necessidade de controle dos fatores de riscos para doenças cardiovasculares e hipertensão; Político: mobilização entre a equipe, os usuários e profissionais do NASF e da educação de Juatuba envolvidos; Financeiro: recurso para impressão materiais.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	3 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	ACS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 1 mês e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas. Se não repetir.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco cardiovascular entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Samambaia, no município de Juatuba, Minas Gerais

Nó crítico 4	Falta de vínculo entre a equipe e os portadores de doenças crônicas não transmissíveis.
Operação (operações)	Equipe preparada para esclarecimento de dúvidas quanto ao conhecimento de cada usuário acometido.
Projeto	Equipe treinada
Resultados esperados	Compreensão dos profissionais da equipe sobre o acompanhamento, comunicação e vínculo com o usuário para o controle dos fatores de riscos para doenças cardiovasculares adesão ao tratamento.
Produtos esperados	Equipe que conversa com os acometidos sobre fatores de risco para

	doenças cardiovasculares, que têm compromisso com as atividades propostas ao usuário; que conhece seu paciente para cobrar do mesmo o autocuidado.
Recursos necessários	Estrutural: Contato com o paciente sempre que necessário Cognitivo: Busca ativa pelos profissionais da equipe quando o paciente não comparece às atividades. Político: Adesão de todos os profissionais da equipe e profissionais do NASF Financeiro: recurso material impresso e telefônico.
Recursos críticos	Estrutural – Empenho dos profissionais da equipe e do NASF Cognitivo- Informação sobre a necessidade de controle dos fatores de riscos para doenças cardiovasculares e hipertensão e manter o contato com o paciente; Político: mobilização entre a equipe, os usuários e profissionais do NASF e da educação de Juatuba envolvidos; Financeiro: recurso para impressão materiais.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	3 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	ACS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 1 mês e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas. Se não repetir.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta de intervenção será bem sucedida pela participação dos profissionais da equipe de saúde da Unidade básica de saúde Samambaia em Juatuba/ Minas Gerais e da equipe multidisciplinar. Os usuários portadores de doenças cardiovasculares e os que convivem com os fatores de risco serão melhores assistidos, se a equipe readequar o seu processo de trabalho, organizando melhor a agenda e aumentando o número de consultas para este tipo de paciente, além de propor atividades preventivas e aumentar os canais de informação sobre a doença. O serviço prestado ao usuário acometido será melhor estruturado pela reorganização da agenda, reuniões de equipe adequadas à agenda mensal e semanal para proporcionar maior interação entre a equipe e o usuário e seus familiares, estimulando a

transformação dos hábitos para a redução da exposição dos usuários aos fatores de risco para doenças cardiovasculares.

A melhoria do cuidado ao hipertenso e portador de doenças cardiovasculares necessita de avaliação e monitoramento oportuno, acompanhamento e seguimento pelos profissionais de saúde fornecendo orientações, estimulando a adaptação ao tratamento e redução do comportamento de risco.

Os recursos a serem utilizados serão os programas disponibilizados para a estratégia de saúde da família, bem como as ações propostas pela equipe para atingir um objetivo de cada vez, e cumprindo cada operação, utilizando a educação permanente, consultas individuais, visitas domiciliares, entre outras, objetivando esta proposta de intervenção.

Além das ações propostas, a equipe poderá adequar novas reuniões entre a equipe e familiares dos acometidos para correção de rumos; propor ações educativas, atividades e rodas de conversa além de abordagem do tema exaltando sempre a importância da transformação de hábitos. Com esta intervenção, espera-se aumentar o conhecimento e envolvimento dos profissionais de saúde e da família para promover melhorias na qualidade de vida destes usuários; pretende-se reestruturar o trabalho da equipe de saúde, gerando conhecimentos para levar aos pacientes melhores ferramentas para atuar sobre seu estado de saúde, aderindo às atividades e comportamento necessários aos pacientes adscritos àquele território.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A., L., S.; SILVA, R., A.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L., Á. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, set, 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2016b. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/amparo-do-serra/panorama>>. Acesso em: 28 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011. 160 p.

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

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1143-1153, jun, 2011.

CARVALHO, I., G.; BERTOLLI, E., S.; PAIVA, L.; ROSSI, L., A.; DANTAS, R., A., S.; POMPEO, D., A. . Ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2836, 2016.

DUNCAN, B., B.; CHOR, D.; AQUINO, E., M., L.; BENSENOR, I., M.; MILL, J., G.; SCHMIDT, M., I.; LOTUFO, P., A.; VIGO, Á.; BARRETO, S., M.. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública** v. 46, Supl., p. 126-34, 2012.

EYKEN, E., B., B., D., V.; MORAES, C., L.. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 111-123, jan, 2009.

JUATUBA (MG). **Prefeitura**. 2016. Disponível em: <http://www.juatuba.mg.gov.br>. Acesso em: set. 2013.

LAVRAS, C. A tenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LENTSCK, M., H.; MATHIAS, T., A., F. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 23, n. 4, p. 611-9, jul.-ago. 2015.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 931-943. 2004

MAGALHÃES, F., J.; MENDONÇA, L., B., A.; REBOUÇAS, C., B., A.; LIMA, F., E., T.; CUSTÓDIO, I., L.; OLIVEIRA, S., C. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Rev Bras Enferm.**; v. 67, n. 3, p. 394-400, mai-jun., 2014.

MALTA, D., C.; STOPA, S., R.; SZWARCOWALD, C., L.; GOMES, N., L.; SILVA JÚNIOR, J., B.; REIS, A., A., C. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 18, Suppl 2, p. 3-16, dez. 2015 .

MANSUR, A., P.; FAVARATO, D. Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. **Arq Bras Cardiol.** 2016; [online]. Instituto do Coração (InCor) – HC FMUSP, São Paulo, SP.

MARTINS, I., S.; GOMES, A., D.; PASINI, U. Níveis lipêmicos e alguns fatores de risco de doenças cardiovasculares em população do Município de São Paulo, SP (Brasil). **Rev. Saúde Públ.**, S. Paulo., v. 23, n1, p. 26-38, 1989.

MÁSSIMO, E., A., L.; SOUZA , H., N., F.; FREITAS, M., I.,F Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2015.

MEDINA, M., G.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A., L., Q.; MOTA, E.; PINTO JÚNIOR, E., P.; LUZ, L., A.; ANJOS, D., S., O.; PINTO, I., C., M. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 69-82, Out. 2014 .

PEREIRA, J., C.; BARRETO, S., M.; PASSOS, V., M., A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 25, n. 6, p. 491-498, 2009.

RIBEIRO, A., G.; COTTA, R., M., M.; RIBEIRO, S., M., R. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.

RIQUE, A., B., R.; SOARES, E., A.; MEIRELLES, C., M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 8, n. 6, p. 244-254, dez. 2002 .

ROMBALDI, A., J.; SILVA, M., C.; DUMITH, S., C.; VIANA, V., R.; HALLAL, P., C. . Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em estudantes de Educação Física ingressantes e formandos. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 13-27, Mar. 2014.

TAVARES, G., A.; BARRETO-FILHO, J., A., S. Potencial da Estratégia de Saúde da Família no Combate às Doenças Cardiovasculares. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 109, n. 6, p. 507-508, dez. 2017 .