

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GUSTAVO PAPA SOARES**

**REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE NA REDUÇÃO DOS RISCOS  
CARDIOVASCULARES EM SANTANA DO CAMPESTRE E SOBRAL  
PINTO – MG**

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS  
2014**

**GUSTAVO PAPA SOARES**

**REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE NA REDUÇÃO DOS RISCOS  
CARDIOVASCULARES EM SANTANA DO CAMPESTRE E SOBRAL  
PINTO – MG**

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

Tutor(a): Prof. Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS  
2014**

**GUSTAVO PAPA SOARES**

**REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE NA REDUÇÃO DOS RISCOS  
CARDIOVASCULARES EM SANTANA DO CAMPESTRE E SOBRAL  
PINTO – MG**

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

Tutor(a): Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso

Banca Examinadora:

---

Prof.

---

Prof<sup>a</sup>. Zilda Cristina dos Santos  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

---

Prof.

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS  
2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, Dr. André Luís Soares e Andrea Papa Soares que foram os meus grandes incentivadores pela carreira de Medicina.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo dom da vida, pela fé e perseverança para vencer os obstáculos. Aos meus pais, pela orientação, dedicação e incentivo nessa fase do curso de pós-graduação e durante toda minha vida.

A minha orientadora Marília Rezende da Silveira, que me orientou, pela sua disponibilidade, interesse e receptividade com que me recebeu e pela prestabilidade com que me ajudou.

Agradeço à Universidade Federal de Minas Gerais pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela oportunidade de abrir caminhos para o meu aperfeiçoamento pessoal.

Agradeço aos tutores presenciais e a distância que nos auxiliaram no decorrer da pós-graduação.

Agradeço aos meus pais Dr. André Luís Soares e Andrea Papa Soares que sempre me apoiaram para a realização de mais uma etapa de minha vida.

Enfim, sou grato a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para realização deste estudo.

## RESUMO

Alguns fatores de estilo de vida podem colocar a pessoa sob um risco de doenças cardiovasculares assim como outras doenças tais como diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral entre outras. Fatores predominantes diretamente ligados a essas doenças são o sedentarismo, má alimentação, condições sócio-econômicas e culturais. O controle dos fatores de risco é especialmente necessário para pessoas que já tiveram a doença ou tem alguém na família portadora de alguma delas, pois isso é uma preocupação constante de profissionais de saúde e de cuidadores. Este estudo fez uma análise da incidência dessas doenças na área de abrangência das equipes das cidades de Santana do Campestre e Sobral Pinto, duas cidades localizadas no interior de Minas Gerais e constatou-se dificuldades de prevenção e tratamento das doenças devido a falta de recursos e a não conscientização de projetos que podem melhorar a situação no local. Buscando aprofundar os conhecimentos sobre esta realidade e propor estratégias para melhor prevenção e tratamento buscou-se fazer um estudo e traçar um projeto de intervenção para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas que ali vivem. Dessa forma, este trabalho objetivou elaborar um Projeto de Intervenção a ser implantado pelas equipes dos dois distritos a fim de diminuir o índice de doenças cardiovasculares encontrados atualmente. A metodologia utilizada foi uma pesquisa de campo nas cidades de Santana do Campestre e Sobral Pinto, municípios pelo qual, percebeu-se um alto índice de doenças cardiovasculares e como base de dados foram utilizados o banco de dados do Sistema de Informação Básica (SIAB) e registros das equipes de saúde para o embasamento deste estudo para a possível implantação do Projeto de Intervenção.

**Palavras-chave:** Doenças Cardiovasculares. Diabetes. Saúde. Qualidade de Vida. Prevenção.

## ABSTRACT

Some lifestyle factors can put a person at risk of cardiovascular diseases as well as other diseases such as diabetes, hypertension, cerebral vascular accident among others. Predominant factors directly linked to these diseases are physical inactivity, poor diet, socio-economic and cultural conditions. The control of risk factors is especially necessary for people who already had the disease or have someone in the family harboring any of them, as this is a constant preoccupation of health professionals and caregivers. This study has analyzed the incidence of disease in the area covered by the teams from the cities of Santana and Campestre Sobral Pinto, two cities located in Minas Gerais and found out difficulties for prevention and treatment of diseases due to lack of resources and not aware of projects that can improve the situation there. Seeking to deepen the knowledge about this reality and propose strategies to better prevention and treatment sought to make a study and draw an intervention project to improve the quality of life of these people who live there. Thus, this study aimed to elaborate an Intervention Project to be implemented by teams of two districts in order to reduce the rate of cardiovascular diseases currently found. The methodology used was a research field in the cities of Santana do Campestre and Sobral Pinto, municipalities for which it was realized a high rate of cardiovascular disease and how database were used the System Database Basics (SIAB) and records of health teams for the reason of this study for the possible deployment of the Intervention Project.

**Keywords:** Cardiovascular Diseases. Diabetes. Health Quality of Life. Prevention.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Santana do Campestre e Sobral Pinto – 2014 .....	10
Quadro 2 - Descritores do problema risco cardiovascular aumentado Santana do Campestre e Sobral Pinto – 2014.....	11
Quadro 3 - Quadro 3 – Registro das equipes de Santana do Campestre e Sobral Pinto .....	23
Quadro 4 - Informações e fontes necessárias à construção de um plano de ação. ....	24
Quadro 5 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento das causas principais do problema priorizado .....	29

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Município Astolfo Dutra – 2014 .....	15
Tabela 2 – Dados sobre o número de famílias cadastradas e alguns aspectos relevantes da população .....	16

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 – JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>21</b>
<b>3 – OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
<b>4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>23</b>
<b>5- REVISAO DE LITERATURA .....</b>	<b>30</b>
<b>6 – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>32</b>
6.1 – Análise de viabilidade do projeto .....	32
6.2 – Plano operativo.....	34
<b>7 – CONSIDERAÇÕES GERAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>

## INTRODUÇÃO

Mediante ao cenário atual onde deverá ser implantado o Projeto de Intervenção, se faz necessário saber um breve histórico dos municípios em questão. Astolfo Dutra, Minas Gerais surgiu no ano de 1770.

Segundo a história registrada no site da Wikipédia (2014, p. 01) relata que quando desbravadores paulistas e portugueses aportaram na região onde se desenvolveu o município, às margens do Rio Pomba, atraídos não só pela riqueza aurífera, como pelas terras férteis e caça e pescas abundantes. O núcleo que se formava tinha o nome de Santo Antônio do Porto Alegre de Ubá, em homenagem ao ilustre homem público, advogado e Deputado Federal, Astolfo Dutra Nicácio, natural de Cataguases, o município recebeu o topônimo de Astolfo Dutra, pelos grandes serviços prestados às comunidades da região.

Pela Lei Estadual nº 2764, de 30/12/1962 foram criados os distritos de Santana do Campestre e Sobral Pinto, anexado ao município de Astolfo Dutra. Sob determinada lei, desmembra do Município de Astolfo Dutra o Distrito de Dona Euzébia, elevado à categoria de município. Em divisão territorial datada de 01/01/1979, o município é constituído de três distritos: Astolfo Dutra, Santana do Campestre e Sobral Pinto no interior de Minas Gerais.

Foi detalhada a descrição do município, pois o Projeto de intervenção será realizado nos distritos de Santana do Campestre e Sobral Pinto no interior de Minas Gerais. As duas comunidades conservam hábitos típicos dos moradores de Zona Rural, valorizando muito as festas religiosas e os bens conquistados junto ao município de Astolfo Dutra.

Os dois distritos possuem juntos 2.611 habitantes, sendo 1.980 referentes ao distrito de Santana do Campestre e 631 ao distrito de Sobral Pinto. Cada um possui uma equipe de Unidade de Saúde da Família, sendo que a Unidade SC possui três microáreas, e a Unidade SP uma microárea.

O prefeito do município é o Sr. Arcílio Venâncio Ribeiro, a Secretária de Saúde é a Sra. Luiza Marilac, a Coordenadora da Atenção Básica é a Srta. Dayane de Santana Burjaily e o Coordenador de Saúde Bucal é o Sr. Geraldo Guimarães Louranço. O município possui uma área de 159.139 km<sup>2</sup> e uma densidade demográfica de 76hab/km<sup>2</sup>. O IDH é de 554.64, médio, com PIB de 9267,02 mil e os

Distritos localizam-se na Mesorregião da Zona da Mata Mineira. A sede dista por rodovia 281 km da capital Belo Horizonte.

As tabelas e quadros seguintes relatam os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional de ambas as equipes. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundários tais como: o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE) e entrevistas com responsáveis pelos Distritos.

Com base no diagnóstico situacional realizado pelas equipes de saúde dos distritos de Santana do Campestre e Sobral Pinto foi possível selecionar os problemas prioritários de ambas as comunidades, que servirão como base fundamental para a criação de projetos de intervenção produtivos e eficientes, no intuito de proporcionar à comunidade uma melhoria nas condições de saúde dos distritos. A seleção dos problemas foi baseada no grau de importância do problema, no nível de urgência e na capacidade da equipe colocar em prática o futuro Projeto de Intervenção.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Santana do Campestre e Sobral Pinto - 2014

<b>Comunidade de Santana do Campestre e Sobral Pinto - Priorização dos Problemas</b>					
<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência*</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>	
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	1	
Falta de Água tratada	Alta	5	Fora	2	
Habitação	Alta	5	Fora	2	
Consumo de Drogas e Alcool	Alta	5	Parcial	3	
Falta de esgoto	Alta	4	Fora	4	

Fonte: o próprio autor.

A partir de diversas reuniões realizadas pela equipe ficou claro que o índice do risco cardiovascular aumentou consideravelmente nas comunidades em estudo e isto seria o problema prioritário a ser enfrentado. A priorização de um problema, não

exclui ou limita a importância de outro problema, apenas direciona os esforços, pois há uma situação que julgamos mais propícia ao momento atual, com base nos recursos e meios disponíveis.

A identificação e priorização dos problemas são importantes, porém mais relevante ainda é a caracterização do problema que será enfrentado pelo Projeto de Intervenção proposto. Tal caracterização proporciona uma avaliação mais completa da dimensão do problema, e como ele se apresenta numa determinada realidade, além de obter indicadores que serão utilizados para a avaliação do impacto alcançado pelo projeto. A seguir encontra-se uma tabela com a caracterização do risco cardiovascular aumentado, problema que foi priorizado pelas equipes de saúde de Santana do Campestre e Sobral Pinto.

Quadro 2 - Descritores do problema risco cardiovascular aumentado  
Santana do Campestre e Sobral Pinto - 2014

<b>Descritores</b>	<b>Valores</b>	<b>Fontes</b>
Hipertensos esperados	480	Estudos
Hipertensos cadastrados	448	SIAB
Hipertensos confirmados	315	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados conforme	350	Registro da equipe
Hipertensos controlados	220	Registro da equipe
Diabéticos esperados	177	Estudos
Diabéticos cadastrados	110	SIAB
Diabéticos confirmados	110	Registro da equipe
Diabéticos acompanhados conforme	75	Registro da equipe
Diabéticos controlados	68	Registro da equipe
Portadores de dislipidemia	92	Registro da equipe
Sobrepeso	115	Registro da equipe
Tabagistas	280	Registro da equipe
Sedentários	185	Registro da equipe
Complicações de problemas	28	Registro da equipe
Internações por causas cardiovasculares	73	Registro da equipe
Óbitos por causas cardiovasculares	9	Registro da equipe

Com base nas discussões das equipes foi possível observar e constatar que o problema prioritário, que no caso é o risco cardiovascular aumentado é gerado por diversas causas, ou seja, problemas diferentes, abrangendo desde determinantes mais amplos, como o modelo econômico e social que vigora no município e as políticas públicas que são ofertadas, além de fatores mais específicos, que atuam de maneira mais próxima ao problema final, como habitação, estilo de vida, condições de saneamento básico, estrutura do sistema de saúde, falta de informação, entre outros fatores.

O modelo de desenvolvimento econômico e social atuante no município determina o ambiente político, social, cultural e socioeconômico que irá prevalecer sobre os distritos. Estes ambientes, por sua vez, influenciam de maneira direta sobre os hábitos e estilos de vida, nível de informação e pressão social que a população irá sofrer. O sedentarismo, tabagismo, violência, desemprego, falta de informação sobre os agravos, entre outros fatores, que são influenciados por tal ambiente político, permitirá uma íntima relação com o aumento das patologias mais prevalentes na comunidade, e que estão diretamente relacionadas ao aumento do risco cardiovascular, ou seja, o problema prioritário do nosso diagnóstico situacional. Entre essas patologias encontra-se a Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus*, Dislipidemia e Obesidade.

Além do que foi relatado acima, o modelo social e econômico atuante determina também as políticas públicas, que por sua vez, influenciam os hábitos e estilos de vida, nível de pressão social e informação, influenciando também no modelo assistencial que vigora na região, ou seja, interfere diretamente na estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho, atuando nas respostas do sistema de saúde. Tal ligação é muito importante, pois através dos serviços de saúde e do processo de trabalho, juntamente com as respostas ofertadas pelo sistema podem ocorrer melhorias no acompanhamento dos riscos e agravos, principalmente daqueles pacientes que possuem um risco cardiovascular aumentado, através de uma atenção integralizada.

Dessa forma, qualquer falha que ocorrer na interação dessas estruturas, permitirá um aumento das complicações provenientes do risco cardiovascular aumentado, ou seja, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, entre outros, além de provocar em um futuro próximo o aumento nos casos de invalidez, desemprego e mortalidade.

Concluiu-se então, que as causas do problema priorizado são novos problemas, chamados de problemas intermediários, mostrando claramente que para alcançar o objetivo final, que no caso é a redução do risco cardiovascular, será necessário o comprometimento e atuação de todas as esferas da população, ou seja, é fundamental que autoridades políticas, gestores municipais, a equipe de saúde da família e a própria comunidade atuem de maneira conjunta a fim de reduzir os fatores tais como: problemas intermediários que promovem o aumento do problema, ou seja, risco cardiovascular aumentado e conseqüentemente as complicações geradas por esse problema.

No objetivo de criar um projeto de intervenção realmente efetivo, a seleção das causas principais que geram o problema final é de fundamental importância, pois a partir dessa análise detalhada encontrar-se-á o ponto focal, ou seja, encontrar as causas que quando modificadas, ocasionaram a transformação real do problema priorizado. A esse conceito dá-se o nome de “nó-crítico”, que além de serem as causas capazes de mudar o problema final, possui também a ideia de algo em que se possa intervir e que está dentro das possibilidades de governabilidade e de viabilização do projeto.

As equipes selecionaram os nós-críticos do projeto de acordo com os materiais e meios disponíveis na comunidade, focando naquilo em que teríamos a possibilidade de ação mais direta, com o intuito de gerar uma mudança qualitativa e quantitativa do problema final escolhido.

## **2 – Dados para o diagnóstico situacional**

### **2.1 Aspectos Demográficos**

Entre os 2611 habitantes das áreas de abrangência das duas equipes, 1.423 são homens e 1.188 são mulheres, distribuídos por faixa etária, como mostra a tabela 1 a seguir.

Tabela 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência de ambas as equipes de saúde da família dos distritos de Santana do Campestre e Sobral Pinto,

Tabela 1 - Município Astolfo Dutra – 2014

<b>Faixa etária</b>	<b>Número</b>
Menos de 1 ano	24
1 a 4 anos	113
5 a 9 anos	157
10 a 14 anos	175
15 a 19 anos	216
20 a 39 anos	787
40 a 59 anos	694
60 anos e +	445
<b>TOTAL</b>	<b>2611</b>

Fonte: SIAB e IBGE, 2013.

## 2.2 Aspectos socioeconômicos

A população que abrange os distritos é composta basicamente por trabalhadores rurais e trabalhadores de confecções, em função da grande quantidade de microempresas ali existentes. É elevado o número de aposentados na região.

A tabela a seguir nos mostra o número de famílias cadastradas, a população que se encontra na escola, o número de alfabetizados, os habitantes que dispõem de plano de saúde e aqueles que dispõem de bolsa família. Os dados apresentados foram retirados das pesquisas dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS) que foram posteriormente apresentados ao (SIAB), mostrando os números do último mês de abril.

Tabela 2 – Dados sobre o número de famílias cadastradas e alguns aspectos relevantes da população

Faixa etária	Número	%
N. de famílias cadastradas	808	100
7 a 14 anos na escola	228	83,21
15 anos e mais alfabetizados	2080	97,11
Pessoas cobertas com plano de saúde	100	3,83
N. Famílias no Bolsa Família	80	9,90

Fonte: Agentes Comunitários da Saúde (ACS), 2013.

### 2.3 Aspectos Ambientais

Como na maioria dos municípios do interior do Brasil, o saneamento básico nos distritos de Santana do Campestre e Sobral Pinto deixam muito a desejar, principalmente no que se refere ao tratamento da água. A população possui 95,30% dos domicílios com abastecimento de água pela rede pública e 4,70% possuem abastecimento de poço ou nascente, porém nenhum dos dois tipos de abastecimento possui tratamento adequado, tendo que ser realizada a filtração em domicílio (97,15%) ou fervura (0,62%). Cerca de 20 domicílios (2,23%), não possuem nenhum tipo de tratamento da água.

O destino do lixo é feito praticamente na totalidade pela coleta pública, cerca 770 famílias (95,30%) possuem esse serviço, 8 famílias (0,99%) fazem a queima ou o enterro dos dejetos, e cerca de 30 famílias (3,71%) jogam o lixo em céu aberto.

O destino das fezes e urina é realizado pelo sistema de esgoto em 770 famílias (95,30%), grande maioria da população abrangente. Cerca de 30 famílias (3,59%) despejam os dejetos em fossas e nove famílias (1,11%) fazem em céu aberto.

Todas as famílias em questão possuem energia elétrica em seus domicílios, e todas essas habitações são feitas de tijolos/adobe, porém isso não é um indicador de qualidade dos locais em as pessoas habitam.

### **3 Aspectos epidemiológicos**

#### **3.1 Morbidade**

Os Distritos de Santana do Campestre e Sobral Pinto possuem 448 pessoas (20,92%) portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 110 pessoas (5,14%) portadoras de Diabetes *Mellitus*, 12 pessoas (0,56%) com alcoolismo, 26 pessoas (1,21%) com algum tipo de deficiência física ou mental, um caso de hanseníase e 17 gestantes (1,54%). Assim como na maioria da população brasileira, a HAS e o Diabetes são as doenças que mais assolam as comunidades descritas.

#### **3.2 Mortalidade**

As principais causas de óbito de residentes na área de abrangência das equipes de saúde da família, distritos de Santana do Campestre e Sobral Pinto, município de Astolfo Dutra em 2013 foram doenças do aparelho circulatório (09); doenças do aparelho respiratório (5); doenças relacionadas as complicações do diabetes (2); neoplasias (5) (SMS, 2014).

### **4 Indicadores de cobertura**

#### **4.1 Produção da equipe de saúde**

A equipe realiza em média 447 consultas todos os meses, entre conforme as demandas e agendamentos, sendo as demandas responsáveis pela maior parte dos atendimentos. No período de um ano são realizados cerca de 4.000 atendimentos, 2900 atendimentos individuais de enfermeiros, 165 curativos e 210 injeções.

No ano passado foram realizados cerca de três atendimentos/ano para cada hipertenso da área de abrangência, aumentando para cinco atendimentos/ano nos pacientes portadores de diabetes (Sistema de informação de Assistência Básica, SIAB, 2014).

## 5 – Recursos de saúde

A Unidade Básica de Saúde do distrito de Santana do Campestre é muito inferior em relação à Unidade de Sobral Pinto. A Unidade de Campestre se localiza na praça principal, próxima a igreja da cidade. A estrutura física é satisfatória, porém mal aproveitada. O ambiente possui dois andares, o que dificulta o acesso a alguns pacientes ao segundo andar, recepção pequena, uma sala de curativos e procedimentos, um consultório médico, um consultório odontológico, copa, sala de reunião e uma farmácia, que funciona apenas uma hora por dia para a entrega das medicações. O local é muito mal cuidado e as instalações permanecem as mesmas desde sua inauguração há 15 anos. Muitas das vezes, é comum a falta de medicações e utensílios básicos para o atendimento adequado da população, pelo qual, é um grande problema a ser solucionado nos próximos anos.

Em Sobral Pinto, a Unidade Básica encontra-se em local estratégico, localizado no centro do distrito, próxima a antiga linha férrea e a igreja; está em perfeito estado e os ambientes estão muito bem distribuídos, sendo utilizados da maneira adequada.

Em relação ao espaço físico, esta Unidade possui recepção ampla e arejada, copa e garagem para realização de palestras e campanhas institucionais, duas salas para curativos e pequenos procedimentos, consultório médico e odontológico, farmácia com funcionamento de uma hora por dia e consultório para o atendimento dos médicos Ginecologista e Obstetra que atuam em ambos os distritos, realizando o acompanhamento dos pacientes durante um dia na semana em cada distrito. A Unidade é bem recente, sendo inaugurada há dois anos. A boa relação da comunidade com os integrantes da equipe torna a Unidade um verdadeiro ponto de apoio à saúde da população.

As duas equipes possuem muitas dificuldades com relação à referência para os setores secundários e terciários da Atenção Básica à Saúde. Primeiramente, porque o Hospital Municipal de Astolfo Dutra vem enfrentando dificuldades para a manutenção de seus serviços, encontrando-se fechado, por não dispor de condições básicas para o atendimento da população. Além desse fato, a atenção terciária que se concentra no município de Cataguases, encontra-se sobrecarregada, ocasionando um desgaste no seguimento adequado aos pacientes. A junção desses fatores implica em uma defasagem também na contra-referências aos distritos de

Santana do Campestre e Sobral Pinto, propiciando uma queda na qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica à Saúde da família.

Ambos os distritos possuem apenas as Unidades Básicas como contato direto com a saúde, ofertado pelo SUS, ficando por conta do Município o acesso aos hospitais, laboratórios, serviços de diagnóstico por imagem e consultórios de especializações médicas. Todo esse transporte entre o município e os distritos é realizado por três ambulâncias cedidas por Astolfo Dutra.

Em geral, a situação da população descrita não é a das piores, porém há muito que se aprimorar e implementar para a melhoria da qualidade de vida dos habitantes dos distritos apresentados.

A partir da realização da Atividade 1 do módulo Planejamento e Avaliação em Saúde foi possível estabelecer os principais problemas sociais, econômicos e patológicos que assolam a comunidade de abrangência da equipe de estratégia e saúde da família em que atuo.

Com os dados coletados através de entrevistas com informantes-chaves, observação ativa da situação vivenciada pela população e coleta de dados de fontes municipais e federais, conseguiu-se listar os principais problemas de acordo com as prioridades do município.

Os distritos de Santana do Campestre e Sobral Pinto são populações com extrema carência em áreas de habitação, saneamento básico, controle e seguimento adequados das principais patologias que atingem a comunidade, que no caso é a Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus* tipo 2.

Dessa maneira, em reunião realizada pela Equipe de Saúde da Família de ambos os distritos, ficou claro e apoiado por todos os integrantes que o foco do nosso futuro Projeto de Intervenção é totalmente estruturado e apoiado sobre o problema das doenças crônicas que assolam a população descrita.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus* são doenças crônicas extremamente graves, pelo seu difícil controle e complicações, ou seja, aumento do risco cardiovascular, que na maioria das vezes acometem seus portadores. Um dos grandes problemas nos distritos referenciados é a ignorância e o desleixo da comunidade para com as respectivas doenças.

Como ambas as patologias são de caráter silencioso, onde os pacientes não apresentam sintomas exuberantes e muitas das vezes, apresentam-se assintomáticos, eles esquecem que possuem uma saúde que merece

acompanhamento e controles adequados. Dessa maneira, não fazem o uso adequado das medicações, não realizam dietas adequadas, não se importam com a prática de atividades físicas e não comparecem aos retornos agendados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Tal situação leva à um declínio dos indicadores de saúde dos distritos em questão, acarretando em maiores internações em hospitais próximos, pelo surgimento das complicações, crescimento dos pacientes fora do peso adequado, transtornos e preocupações que acometem a família do paciente doente. A união desses fatores promove sem sombras de dúvidas, uma queda vertiginosa nos indicadores da qualidade de vida da população e do município.

Por esses motivos, a criação de um Projeto de Intervenção que atuará no controle adequado dessas patologias é de fundamental importância para a melhoria da situação da saúde dos dois distritos, porém esse projeto deverá abranger várias esferas da saúde dos distritos, atuando não só na relação do usuário com o posto de saúde, mas sim, em diversas situações do seu dia-a-dia, não ficando restrito ao controle da doença com medicações e consultas agendadas.

## 2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho visa à redução dos riscos cardiovasculares nos distritos em referência, pois se verificou por meio de entrevistas, observações ativas, coleta de dados locais e secundários, resultados alarmantes à toda equipe de planejamento e a real importância da redução de tais riscos. Como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes *mellitus*, dislipidemia, obesidade e tabagismo são patologias prevalentes na comunidade como um todo e estão diretamente relacionadas com o aumento do risco cardiovascular, ficou claro à todos que os esforços deveriam ser direcionados a estes problemas, tornando-os prioritários para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção.

Na comunidade em estudo, as consequências geradas por esse risco cardiovascular aumentou consideravelmente e mostrou como as principais causas de mortalidade da região, na morbidade e nos casos constantes de internações hospitalares por estas complicações, como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Renal Crônica, Insuficiência Vascular, Pé Diabético, Cetoacidose Diabética, quadros comatosos, entre outros, gerando cada vez mais custos excessivos ao setor da saúde e que poderiam ser evitados. A população em questão possui em sua composição um grande número de pacientes idosos, que por sua vez, estão mais propensas às complicações geradas pelo risco cardiovascular aumentado, sendo outro fator que justificaria a colocação deste risco como problema prioritário.

Sabe-se que esse não é o único problema que assola a população, e que muita coisa deverá ser reestruturada, desde as condições de moradia, saneamento básico até a melhoria das oportunidades de cultura e lazer. Dessa maneira, focou-se no combate as doenças que aumentam este risco vascular, criando projetos e operações que busquem a redução das complicações geradas por este risco, atuando em diversos setores da comunidade, como social, cultural, lazer, etc., proporcionando aos mais necessitados meios possíveis de melhoria de suas qualidades de vida.

### 3 OBJETIVOS

#### **Objetivo geral:**

- ✓ Propor um plano de intervenção com vistas a reduzir os riscos cardiovasculares nos distritos de Santana do Campestre e Sobral Pinto, Minas Gerais.

#### **Objetivos específicos:**

- ✓ Verificar a situação local dos postos de saúde dos distritos em estudo e atendimento para atender a demanda da população;
- ✓ Treinar as equipes da região para conseguir apoio na resolução dos problemas encontrados, ou seja, um alto índice de pessoas com problemas cardiovasculares e outros descritos;
- ✓ Realizar campanhas educativas com a população para conscientização dos problemas que mais assolam a população local e traçar estratégias para diminuir os casos da região;
- ✓ Verificar a viabilidade de implementar projeto de intervenção para modificar os hábitos de vida dos distritos para conseguir reduzir os problemas e conseguir uma melhor qualidade de vida.

#### 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para este projeto foi utilizado o diagnóstico situacional, incluindo reunião com a equipe do PSF de Santana do Campestre e Sobral Pinto, Minas Gerais para traçar estratégias e ações que serão colocadas em prática no intuito de modificar, para melhor, o diagnóstico situacional em questão. Ela produzirá subsídios necessários para o sucesso das ações do planejamento. As equipes utilizarão informações adquiridas através de entrevistas, questionários, observação ativa, visitas domiciliares, SIAB e IBGE. com o intuito de priorizar a parcela da população que mais necessita do atendimento à saúde, formação de grupos específicos que possuem a mesma patologia, as carências apresentadas por cada família e pelo município em geral. Para subsidiar abordagem teórica foram utilizadas publicações nacionais pesquisadas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO, LILACS, Biblioteca Virtual do NESCON e artigos de mídia de diversos estudiosos na área.

Segue abaixo algumas informações colhidas pelas equipes conforme relatado acima, pois tais informações apresentam alto grau de confiabilidade, pois são adquiridas através de bases de dados fidedignas. As informações colhidas através de outros métodos já citados, não possuem um grau tão confiável quanto aos das bases de dados, porém são de fundamental importância para o planejamento das ações.

Quadro 3 – Registro das equipes de Santana do Campestre e Sobral Pinto

INFORMAÇÕES	FONTES		
	ENTREVISTA	OBSERVAÇÃO	REGISTROS
Condições de moradia	Sim	Sim	-
Saneamento Básico (Coleta do Esgoto)	Sim	Sim	SIAB/IBGE
Abastecimento de Água e Armazenamento	Sim	Sim	SIAB/IBGE/ Companhia de Água
Hábitos Alimentares	Sim	Sim	-
Prática de Atividade física	Sim	Sim	-
Mortalidade	Sim	-	Secretaria de Saúde/ SIM
Renda Familiar	Sim	-	IBGE
Uso adequado da medicação	Sim	Sim	-

Fonte: SIAB, IBGE, Cia. de Água e Secretaria de Saúde, 2013.

#### 4.1 Roteiro de entrevista

A presente entrevista tem como função o levantamento de informações referentes aos distritos de Santana do Campestre e Sobral Pinto. Os dados coletados servirão como base para o planejamento de ações que visam à melhoria da qualidade de vida da população e da saúde local. Em hipótese alguma, as respostas fornecidas e os dados dos entrevistados serão revelados, permanecendo em total sigilo.

Quadro 4 - Informações e fontes necessárias à construção de um plano de ação.

Entrevistado:		
Nome:		
Idade:	Sexo:	Profissão:
Data:	Hora:	Duração:
Entrevistador:		
Nome:		

Perguntas:

- ✓ Em sua opinião, o que mais prejudica a saúde da população?
- ✓ O que falta em nossa Unidade Básica da Saúde?
- ✓ Quais os pontos que merecem maior atuação da Prefeitura?
- ✓ Como funciona a coleta de esgoto do município?
- ✓ Como é realizada a coleta do lixo urbano?
- ✓ O Abastecimento de Água é adequado?
- ✓ Existe algum projeto social que você gostaria que atuasse em seu distrito?
- ✓ O consumo de álcool e drogas é alto no distrito?
- ✓ Qual a sua opinião sobre as habitações da maioria da população?
- ✓ O fornecimento de energia elétrica é suficiente?
- ✓ O hábito alimentar da população local é adequado?
- ✓ No seu ponto de vista, existem locais ou meios adequados para a prática de atividades físicas coletivas no distrito?
- ✓ Existe estrutura educacional suficiente para a demanda da população?

- ✓ O que você mudaria em seu distrito?
- ✓ Se pudesse, o que você criaria em prol da população?
- ✓ O que você mudaria e/ou acrescentaria nas atividades realizadas pela Equipe de Saúde da Família?

## **4.2 Roteiro para observação ativa**

Cronograma das atividades:

Entrevistas: Dr. Gustavo Papa Soares

Observação ativa: Agentes comunitárias de saúde

Coleta de dados de fontes secundárias: enfermeira Rosangela Ruza.

### **4.2.1 Desenho das operações**

A partir desse momento é que se iniciará o projeto de intervenção propriamente dito, através de estratégias e soluções para o enfrentamento das causas principais do problema priorizado. O plano de ação é composto pelo conjunto de operações que serão desenvolvidas no intuito de impactar e enfrentar os nós-críticos. Tais operações são compostas pelo conjunto de ações que deverão ser realizadas durante a execução do plano de ação.

As equipes planejaram o plano de ação com base nas causas principais dos nós – críticos do problema final. A seguir encontra-se o desenho das operações a serem realizadas, separando cada ação por meio de tópicos, facilitando o entendimento e o seu monitoramento.

- **Nó-crítico 1:** Hábitos e estilos de vida inadequados

Operação/projeto: Viver BEM – Modificar os hábitos e estilos de vida.

Resultados esperados: Diminuir cerca de 30% os índices de tabagismo, alcoolismo, obesidade e dislipidemia.

Produtos: Grupos de atividades físicas – Atividades como alongamento, caminhada e dança, ocorrendo três vezes na semana na praça central de ambos os distritos.

Grupos Antitabagismo e Antialcoolismo – Reuniões quinzenais na praça central de ambos os Distritos, com palestras informativas e divulgação dos riscos do tabaco e álcool por meio de panfletos. Campanha na igreja local para divulgação e encorajamento à população para participação nos grupos criados. Acompanhamento mensal com nutricionistas e psicólogos para a obtenção de resultados mais satisfatórios, fornecendo recursos multidisciplinares aos participantes.

Recursos necessários:

Organizacional – Para realização e criação dos grupos de atividade física e antitabagismo/antialcoolismo.

Cognitivo – Aprimoramento dos educadores físicos e palestrantes, através de material didático e teórico.

Político – Mobilização social e estruturação física do ambiente onde será realizado os grupos.

Econômico – Recursos para campanhas audiovisuais, panfletos informativos, contratação de educadores físicos.

- **Nó-crítico 2:** Terceira Idade

Operação/projeto: Melhor Idade – Melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Resultados esperados: Diminuir os índices de internação hospitalar e complicações cardiovasculares, e conseqüentemente da morbidade e mortalidade. Redução dos índices de depressão.

Produtos: Criação de uma sede ampla, onde a população idosa poderá se reunir para realização de atividades diversas, como bingo, dança de salão, costura, jogos, entre outras. A Sede será localizada no Município de Astolfo Dutra, onde todos os interessados a participarem serão encaminhados por meio de transporte coletivo,

fornecido pelo município, ao local onde as atividades serão realizadas. A programação será diária, com início no período da manhã e retorno dos participantes às suas moradias no final da tarde. Haverá fornecimento de almoço e lanches, além do acompanhamento integral de educadores, enfermeiras e cuidadores.

Recursos necessários:

Organizacional – Organização das atividades a serem realizadas, horários e locais de acolhimento dos participantes para transporte, definição das tarefas a serem realizadas pelos contratados que atuarão no projeto.

Político – Mobilização social, conseguir o local, disponibilização de transporte público e aprovação do projeto.

Econômico – Recursos para contratação de cuidadores, enfermeiros, motorista, educadores, faxineiros. Estruturação física do ambiente onde acontecerão as atividades (financiamento do projeto).

- **Nó-crítico 3:** Nível de Informação

Operação/projeto: Saber é Viver – Aumentar o nível de informação da população com relação aos riscos cardiovasculares.

Resultados esperados: Aumentar a autonomia da população através da informação.

Produtos: Campanhas educativas e informativas, por meio de palestras e distribuição permanente de folhetos. Atuação das campanhas em diversas áreas dos distritos, como escolas, igrejas, praças e UBS. Capacitação de cuidadores e agentes comunitários de saúde para divulgação mais ampla dos ideais do projeto.

Recursos necessários: Cognitivo – conhecimento sobre o tema e elaboração de estratégias para divulgação dos meios informativos.

Político - Comunicação Intersetorial com a educação e mobilização social.

Organizacional – organização da agenda dos eventos informativos.

- **Nó-crítico 4:** Estrutura dos Serviços de Saúde

Operação/projeto: Estruturação – Melhoria nas condições estruturais dos serviços de saúde para um atendimento mais adequado da população com risco cardiovascular. Resultados esperados: Garantia de fornecimento adequado de medicamentos. Fornecimento de materiais e equipamentos em bom estado. Estruturação física da Unidade Básica de Saúde para um atendimento adequado à população.

Produtos: Capacitação pessoal, principalmente daqueles que atuam na unidade de saúde. Adquirir medicamentos, materiais e equipamentos. Aumento na disponibilidade de exames e consultas especializadas. Construção de uma nova unidade básica de saúde, totalmente reformulada e ampliada para as necessidades da população. Melhora do sistema de informação da referência e contra-referência.

Recursos necessários:

Político – decisão de fornecer os recursos para estruturação do serviço, novo local para criação da nova unidade e comunicação entre os setores da saúde.

Econômico – Financiamento do projeto, incluindo a compra de medicamentos, materiais e equipamentos. Aumento na oferta de exames e consultas especializadas.

Cognitivo – Capacitação pessoal no que diz respeito à elaboração e adequação ao novo modelo estrutural do serviço de saúde.

#### 4.2.2 Recursos críticos

Após a realização do desenho das operações que deverão ser colocadas em prática, é fundamental a identificação dos chamados recursos críticos, que são aqueles recursos fundamentais para a execução de uma operação e que na maioria das vezes não estão disponíveis, devendo ser identificados com extrema clareza para que ocorra a viabilização concreta do projeto proposto.

Quadro 5 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento das causas principais do problema priorizado

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Viver Bem	<p>Político - estruturação física do local onde acontecerão os grupos e mobilização social;</p> <p>Financeiro - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, contratação de educadores físicos e materiais e equipamentos para realização das atividades.</p>
Melhor Idade	<p>Político - Mobilização social, conseguir o local para criação da Sede, fornecimento de transporte público e aprovação dos projetos;</p> <p>Financeiro - financiamento do projeto, contratação de novos funcionários, recursos para a compra de equipamentos, materiais, etc.</p>
Saber é Viver	<p>Político - articulação intersetorial com a educação e mobilização social.</p>
Estruturação	<p>Financeiro - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).</p> <p>Político - articulação entre os setores da saúde, aprovação dos projetos, novo local para construção da nova unidade.</p>

Fonte: O próprio autor.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

No mundo atual, manter uma qualidade de vida está cada vez mais difícil, pois a correria do dia-a-dia, a falta de estrutura sócio-econômica, a falta de tempo para organizar-se e manter uma vida mais equilibrada fica cada dia mais distante. Mediante tal contexto, faz-se necessário programar projetos e ações para baixar os riscos cardiovasculares e doenças crônicas que estão aumentando consideravelmente, principalmente nas cidades do interior que não há muitos recursos e falta profissionais qualificados, projetos de melhoria e apoio político nesta área. No entanto, é necessário cuidar mais da saúde e conscientizar a população para a melhoria da qualidade de vida a fim de baixar os índices de doenças cardiovasculares, Diabetes *Mellitus* tipo dois entre outras.

De acordo com Merhy (2002 *apud* Gariglio 2012, p. 01) diz que:

O campo da saúde não tem ou não deveria ter como objeto único a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, ou seja, é o lugar de produção de atos, ações, procedimentos e cuidados com os quais pode se chegar à cura ou a um modo qualificado de se levar a vida.

Entende-se conforme a citação acima que é necessário pensar com mais cuidado na saúde, pois através de medidas preventivas, pode-se melhorar o estilo de vida para obter-se mais saúde e longos anos.

Mas para isso acontecer devem-se pensar seriamente nos cuidados com a saúde.

Segundo Boff (2002) e Ayres (2004 *apud* Gariglio, 2012, p. 01) descrevem bem o que é ter cuidado com a saúde:

O que é cuidado então? Do ponto de vista filosófico podemos dizer que cuidado é uma atitude de zelo, de desvelo, de responsabilidade e de envolvimento afetivo para com o outro. Ou, na realização de ações de saúde, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltado para essa finalidade.

Somos feitos e precisamos de cuidado para nossa sobrevivência e manutenção da condição de ser humano. É através do cuidado e com o cuidado que se pode levar adiante e concretizar qualquer “projeto” de ser e do ser humano, ou seja, o homem é quem projeta e, ao mesmo tempo, é o cuidador do seu projeto e jeito de levar a sua vida. Portanto, só tem sentido falar em cuidado ao longo do tempo, de uma linha de temporalidade que percorre os ciclos da vida.

Percebe-se que todo cuidado é pouco, por isso é de suma importância planejar ações que contribuam para a melhoria da sociedade. Pensando nisso, (Viggiano 2003 *apud* Araújo 2014, p. 17) diz que:

O tratamento contempla desde educação até adoção de medidas para mudanças no estilo de vida saudável que inclui a interrupção de tabagismo, aumento da atividade física regularmente, hábitos alimentares corretos e se necessário, o uso de medicamentos. Ao portador de diabetes tipo 2, onde a insulina não foi indicada e não se atingiu níveis de controle desejáveis da glicemia, deve ser usado medicamento oral. A preferência do tipo de medicamento deve levar em consideração o nível de glicemia e hemoglobina glicosilada do paciente, a ação anti-hiperglicemiante do medicamento, o efeito sobre o peso, idade, doenças e possíveis interações medicamentosas, reações adversas e contra indicações.

A luz do exposto observa-se que há grande necessidade de adotar medidas que beneficiem a população. Mediante a isso, um Plano de Intervenção bem elaborado, com o apoio das autoridades governamentais, poderá ajudar de forma ampla as pessoas, principalmente as regiões mais carentes que não há estrutura física e econômica para manter uma vida saudável pelo qual tem direito.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Análise de viabilidade do projeto

Segundo Cecílio (1997) afirma que:

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde... É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho. (CECILIO, L. C. O,1997)

Neste momento é necessário avaliar qual a posição dos autores responsáveis por cada recurso crítico. Isso se mostra necessário porque a maioria dos recursos críticos elaborados é de responsabilidade de outros autores, ou seja, a partir de agora é fundamental identificar quais são os autores incumbidos de cada recurso, analisar quais são as motivações dos mesmos em relação ao plano proposto e criar estratégias motivacionais aos determinados autores, quando estas serão necessárias para permitir a viabilização do projeto elaborado.

A motivação de cada autor pode ser classificada de três maneiras:

- **Motivação favorável:** quando o mesmo se mostra conivente e apoia o plano proposto;
- **Motivação Indiferente** – Quando o autor não se mostra conivente ou contrário ao plano;
- **Motivação contrária** – Quando o autor não demonstra apoio ao plano elaborado, ou seja, contrário a ele.

A seguir encontra-se a análise de cada autor dos recursos críticos, separadas por meio de tópicos referentes a cada projeto.

- **Projeto: Viver Bem**

Os autores que controlam os recursos críticos referentes a esta operação são a Secretaria de Saúde, Secretaria de Cultura e Lazer e a Prefeitura Municipal de Astolfo Dutra. Ambos se mostraram favoráveis ao projeto proposto, não sendo necessária a elaboração de uma ação estratégica motivacional.

- **Projeto: Melhor Idade**

Os autores que controlam os recursos críticos referentes a esta operação são a Prefeitura Municipal de Astolfo Dutra, o Prefeito Municipal, a Secretaria de Saúde, Educação, Planejamento e Ação Social, incluindo todos os secretários, além das ONGs. Todos os secretários relacionados, assim como o Prefeito e as ONGs se mostraram favoráveis ao desenvolvimento do projeto, porém as Secretarias e a Prefeitura Municipal se mostraram indiferentes, com argumentos relacionados ao alto custo e grandiosidade do projeto apresentado, não descartando a possibilidade de concretização do mesmo. Portanto, a apresentação detalhada do projeto com enfoque nas consequências benéficas que ele proporcionaria, assim como a busca de apoio das associações distritais e a criação de um abaixo assinado da comunidade seriam ações estratégicas fundamentais para o convencimento daqueles que ainda se encontram indiferentes.

- **Projeto: Saber é Viver**

Os autores que controlam os recursos críticos referentes a esta operação são a Prefeitura Municipal e o prefeito, Secretaria de Saúde Municipal e Secretaria de Educação Municipal. Todos os autores relacionados se mostraram favoráveis à implementação do projeto, dessa maneira não será necessária a criação de ações estratégicas.

- **Projeto: Estruturação**

Os autores que controlam os recursos críticos referentes a esta operação são a Prefeitura Municipal e o Prefeito, a Secretaria de Saúde Municipal e secretaria, Fundo Nacional de Saúde e Secretaria de Planejamento e Ação Social. O prefeito e a secretaria de saúde se mostraram favoráveis ao projeto, porém o a Prefeitura Municipal, as Secretarias de Saúde, Planejamento e Ação Social, assim como o Fundo Nacional de Saúde, mostraram-se indiferentes perante o projeto. Sendo assim, faz-se necessário a criação de estratégias motivacionais. Tais ações seriam a apresentação do projeto de estruturação dos serviços de saúde de forma detalhada, com enfoque novamente nos benefícios futuros de tal mudança, a busca pelo apoio de associações e ONGs locais, além do abaixo assinado da comunidade.

## 6.2 Plano operativo

Em reunião com as equipes do projeto de intervenção foi elaborado de forma consensual quais os participantes que serão responsáveis por cada projeto proposto, ficando a cargo destes o acompanhamento das ações a serem desenvolvidas, além do estabelecimento de prazos para a realização de cada operação.

- **Projeto: Viver Bem**

Responsável: Valmira e Luana (Agentes Comunitárias de Saúde)

Prazo: 2 meses para o início das atividades.

- **Projeto: Melhor Idade**

Responsável: Rosangela (Enfermeira) e Elizangela (ACS)

Prazos: 3 a 5 meses para apresentação do projeto aos autores com motivação indiferente. 3 meses para a compra dos equipamentos, materiais e transporte. 5 meses para estruturação física da Sede Melhor Idade e 8 meses para o início das atividades.

- **Projeto: Saber é Viver**

Responsável: Estela e Luana (ACS)

Prazo: 3 meses para o início das atividades. Avaliações semestrais. 5 meses para o término da capacitação.

- **Projeto: Estruturação**

Responsável: Gustavo (Médico), Rosangela (Enfermeira) e Valmira (ACS)

Prazos: 3 a 4 meses para apresentação do projeto aos autores com motivação indiferente. 2 a 6 meses para aprovação e liberação dos recursos. 4 meses para a compra de equipamentos e materiais necessários. 8 meses para o início das atividades.

## 7 CONSIDERAÇÕES GERAIS

De acordo com o estudo feito nos municípios de Santana do Campestre e Sobral Pinto, Minas Gerais, permitiu observar a realidade dessas cidades em relação às doenças que tem um índice maior de abrangência, que é o caso dos problemas cardiovasculares entre outros. Realidade esta que não se difere das grandes cidades, mas a falta de recursos sócio-econômicos e culturais é bastante elevada, pois percebeu-se que é de suma importância o apoio político dos governantes e da população envolvida para colocar o Plano de Intervenção em prática e uma organização mais elaborada para atender a demanda dos distritos.

Para isso, se faz necessário realizar ações utilizando todos os recursos descritos neste estudo, onde pode-se considerar a importância das equipes de Saúde da Família como um apoio de grande relevância para a melhoria dos municípios em estudo.

Diante dessa perspectiva, o Projeto de Intervenção busca implantar ações de melhoria para qualificar os profissionais dos municípios em estudo e usuários no controle e na utilização de medidas preventivas para diminuir o índice de pessoas com problemas cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial entre outros.

Com muito trabalho, comprometimento das equipes e apoio das autoridades governamentais será possível essa prática para cumprimento das metas estabelecidas, gerando assim, um trabalho de qualidade e um melhor atendimento às pessoas que ali vivem. Tornando-se necessário, portanto, criar ações para a saúde voltadas para uma melhor qualidade de vida, resgatando assim, capacidades cognitivas, psicossociais dos pacientes para que possam manter uma boa saúde.

Desta forma, busca-se com este Projeto de Intervenção propor medidas de prevenção e ações de melhoria para a população destes municípios, inserindo-os em uma qualidade de vida melhor, com o comprometimento das equipes para a conscientização dos pacientes para que os objetivos propostos sejam alcançados e obtenham-se resultados positivos, modificando assim, a realidade que ali se encontra atualmente.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Síntese do diagnóstico situacional da equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

CECILIO, L.C.O. **Planejamento e avaliações das ações de saúde**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf> > Acesso em: 05 jun. 2014

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação a Metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2013.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf> > Acesso em: 2 abr. 2014.

FARIA, Horácio Pereira de. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2010.

\_\_\_\_\_. **Modelo assistencial e atenção básica em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED. 2010.

\_\_\_\_\_. **Determinantes sociais da saúde e da doença**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2010.

\_\_\_\_\_. **O processo de trabalho e seus componentes**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. [s.d.]

\_\_\_\_\_. **Gestão do trabalho na equipe de Saúde da Família**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2010.

\_\_\_\_\_. **Planejamento estratégico situacional**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2010.

\_\_\_\_\_. **Elaboração do plano de ação**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2010.

GARIGLIO, M. T. **O cuidado em saúde**. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Atenção centrada na pessoa. Belo Horizonte: ESPMG, 2012.

GRILLO, Maria José Cabral. **Modelo, processo de trabalho e saúde da família**. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>> Acesso em: 10 maio, 2014.

IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. -- Belo Horizonte: ESPMG, 2010. Conteúdo: Oficina 6 – Abordagem Familiar Guia do Tutor/Facilitador. 36 p .ISBN: 978-85-62047-00-8.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – **Redes de Atenção a Saúde e Regulação Assistencial**. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2011. Disponível em: <<http://ebookbrowse.com/pdaps-oficina-2-pbh-participante-pdf-d53034412>. >Acesso em: 05 jun. 2014.

PIRES, Ana L.D.; MIYAZAKI, Maria C.O.S. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes**: revisão da literatura para profissionais da saúde. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2733.pdf> > Acesso em: 10 jul. 2014.

SANTOS, M.A.; OLIVEIRA, A.C.D. **Atenção centrada na pessoa**. Belo Horizonte: Mimeo, 2013.

SANTOS, Roberto Figueira. In: 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986, 430 p.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.) **A Atenção Primária à Saúde**. In: Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009, p. 10-16.

VILAÇA, Eugênio. **Solução para o setor saúde na rede**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4095.pdf> > Acesso em: 15 abr. 2014.

VIGGIANO, C.E. **Prevalência, fatores de risco, complicações e tratamento do diabetes melito.** Revista Nutrição Brasil, v. 2, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxilind.exe/iah/online/?IsisScript=iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=&nextAction=lnk&exprSearch=7044&indexSeach=ID>>. Acesso em: 21 jul. 2014.