

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

**MARIELA SÁNCHEZ SÁNCHEZ**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O RISCO  
CARDIOVASCULAR EM COMUNIDADES RURAIS DO  
MUNICÍPIO DE UBÁ, MINAS GERAIS**

**JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS**

**2016**

**MARIELA SÁNCHEZ SÁNCHEZ**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O RISCO  
CARDIOVASCULAR EM COMUNIDADES RURAIS DO  
MUNICÍPIO DE UBÁ, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Viviane H. de França

**JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS**

**2016**

**MARIELA SÁNCHEZ SÁNCHEZ**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O RISCO  
CARDIOVASCULAR EM COMUNIDADES RURAIS DO  
MUNICÍPIO DE UBÁ, MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Profa. Dra. Viviane Helena de França-Orientadora

Profa. Maria Dolores Soares Madureira-Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 30 / 08 / 2016.

## RESUMO

Esse estudo retrata uma proposta de intervenção tendo como objetivo diminuir o risco cardiovascular da população residente nas comunidades rurais de Ubari, Miragaia e Zueira, atendida pela Unidade Básica de Saúde Rural I, do município de Ubá, Minas Gerais. Para elaborar essa proposta de intervenção foi realizado um levantamento bibliográfico sobre publicações abordando o tema, como forma de subsidiar as ações. Foram também analisados cadastros de pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde e tais situações discutidas pela equipe de saúde dessas comunidades rurais. Assim, verificou-se que as ações preventivas deveriam ser direcionadas a promover melhorias na qualidade de vida dessa população ao intervir sobre os fatores de risco controláveis ou passíveis de serem evitados, como: sedentarismo, tabagismo, obesidade, hipercolesterolemia e controle da pressão arterial. Para isso os fatores de risco para a Hipertensão Arterial da população adulta e adolescente deverão ser rastreados, anualmente, durante as consultas, em geral, ou visitas domiciliares realizadas junto à população. A promoção da saúde realizada por meio de ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo, bem como a ativação do grupo de hipertensos e diabéticos compreenderam as estratégias de intervenção previstas. Ao realizar essas ações pretende-se reduzir os riscos cardiovasculares dessa população rural e promover melhorias em sua qualidade de vida.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde. Promoção da saúde. Risco Cardiovascular. Programa Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

This study depicts a proposal of intervention aiming to reduce cardiovascular or bait of the population living in rural communities of Ubari, Miragaia and Zueira served by Rural Basic Health Unit 1, the city of Ubá, Minas Gerais. To prepare this proposed intervention was carried out a literature review was of publications addressing the issue as a way to subsidize the actions. They were also analyzed records of patients treated at the Basic Health Unit and such situations discussed by the health team of these rural communities. Thus it was found that preventive action should be directed to promote improvements in the quality of life of this population to intervene on the controllable risk factor or likely to be avoided, such as physical inactivity, smoking, obesity, hypercholesterolemia and blood pressure control. For this, the risk factors for arterial hypertension in the adult and adolescent should be screened annually during consultations, in general, or home visits carried out by the population Health promotion conducted through educational activities with an emphasis on lifestyle changes, correction of risk factors and production of educational materials, as well as the activation of hypertensive and diabetic group understood the planned intervention strategies. By performing these actions intended to reduce cardiovascular risk of rural population and promoting improvements in their quality of life.

**Key words:** Primary Health Care. Health Promotion. Cardiovascular risk. Family Health Program. Health Unit System.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário

ACISPES - Agência de Cooperação Intermunicipais em Saúde Pé da Serra

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

COHAB - Comunidade Antonina Coelho

DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis

DCV- Doença Cardiovascular

ESF - Estratégia Saúde da Família

FR- Fatores de Risco

FMS - Fundo Municipal de Saúde

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MS - Ministério de Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA- Pressão arterial

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS- Unidade Básica de Saúde

|

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b>	Habitação	<b>15</b>
<b>Tabela 2-</b>	População estimada segundo faixa etária e sexo	<b>15</b>
<b>Tabela 3-</b>	Evolução Populacional	<b>16</b>
<b>Tabela 4-</b>	Perfil da população residente em Ubari, Ubá, Minas Gerais	<b>23</b>
<b>Tabela 5-</b>	Distribuição de população de Ubari por faixa etária e sexo	<b>23</b>
<b>Tabela 6-</b>	Doenças referidas pela população de Ubari	<b>24</b>
<b>Tabela 7-</b>	Abastecimento de água nos domicílios de Ubari	<b>24</b>
<b>Tabela 8-</b>	Características de água do consumo em Ubari	<b>24</b>
<b>Tabela 9-</b>	Destino do lixo em Ubari.	<b>25</b>
<b>Tabela 10-</b>	Sistema de esgoto em Ubari	<b>25</b>
<b>Tabela 11-</b>	Perfil da população residente em Miragaia, Ubá, Minas Gerais	<b>26</b>
<b>Tabela 12-</b>	Distribuição da população de Miragaia por faixa etária e sexo	<b>26</b>
<b>Tabela 13-</b>	Doenças referidas pela população de Miragaia	<b>27</b>
<b>Tabela 14-</b>	Abastecimento de água nos domicílios em Miragaia	<b>27</b>
<b>Tabela 15-</b>	Características de água do consumo em Miragaia	<b>27</b>
<b>Tabela 16-</b>	Destino do lixo em Miragaia	<b>28</b>
<b>Tabela 17-</b>	Sistema de esgoto em Miragaia	<b>28</b>
<b>Tabela 18-</b>	Perfil da população residente em Zueira, Ubá, Minas Gerais	<b>29</b>
<b>Tabela 19-</b>	Distribuição da população de Zueira por faixa etária	<b>29</b>
<b>Tabela 20-</b>	Doenças referidas pela população de Zueira	<b>30</b>
<b>Tabela 21-</b>	Abastecimento de água nos domicílios em Zueira	<b>30</b>
<b>Tabela 22-</b>	Características de água do consumo em Zueira	<b>30</b>
<b>Tabela 23-</b>	Destino do lixo em Zueira	<b>31</b>
<b>Tabela 24 -</b>	Sistema de esgoto em Zueira	<b>31</b>

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1-</b>	Principais problemas de saúde identificados pela equipe ESF e grau de importância	<b>46</b>
<b>Quadro 2-</b>	Estimativas e número de casos de patologias acompanhadas pela equipe ESF	<b>47</b>
<b>Quadro 3-</b>	Desenho de operações para resolução dos nós críticos do problema	<b>50</b>
<b>Quadro 4-</b>	Identificação dos recursos críticos para resolução problemas	<b>51</b>
<b>Quadro 5-</b>	Ações estratégicas para viabilizar o plano	<b>52</b>
<b>Quadro 6-</b>	Plano operativo	<b>53</b>
<b>Quadro 7-</b>	Gestão do plano viver melhor	<b>54</b>
<b>Quadro 8-</b>	Gestão do plano mais vida	<b>54</b>
<b>Quadro 9-</b>	Gestão do plano mais conhecimento	<b>55</b>



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Identificação, histórico e características de Ubá</b>	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Aspectos demográficos e socioeconômicos do município de Ubá</b>	<b>14</b>
<b>2.3</b>	<b>O Sistema Único de Saúde em Ubá</b>	<b>18</b>
<b>2.4</b>	<b>As comunidades rurais de Ubari, Miragaia e Zueira no município de Ubá</b>	<b>21</b>
<b>2.5</b>	<b>Produção de saúde nas comunidades de Ubari, Miragaia e Zueira</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>37</b>
<b>4.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>37</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivo específicos</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>39</b>
<b>7</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>45</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>56</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>57</b>

## **1 APRESENTAÇÃO**

Com prazer apresento este material, que pretende resultar em uma intervenção muito útil para a equipe de saúde, da qual sou membro no município de Ubá, Minas Gerais, ao identificar os principais problemas de saúde de nosso território de abrangência, e realizar ações de educação em saúde com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dessa população.

O Diagnóstico de Saúde é uma análise das necessidades e problemas hierarquizados; que ocorrem em determinado local, por diferentes atores sociais que interagem, cotidianamente, em um serviço junto às instituições de saúde. Sua finalidade é identificar os problemas de saúde que acontecem em uma comunidade e elaborar ações pertinentes que possam solucioná-los. Assim, este material pretende resultar em uma intervenção contextualizada na realidade das comunidades rurais de Ubá, Minas Gerais, ao identificar os principais problemas de saúde desses territórios, que compõem a abrangência da Estratégia Saúde da Família, ao realizar ações de educação em saúde visando alcançar melhorias na qualidade de vida dessa população.

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 Identificação, histórico e características de Ubá

Ubá é um município brasileiro, que pertence ao estado de Minas Gerais, e possui fronteira com áreas de outros municípios como Dolores do Turvo, Senador Firmino, Divinésia, Visconde do Rio Branco, Guido Val, Rodeiro, Astolfo Dutra, Piraúba, e o estado de Tocantins (PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO UBÁ, 2013).



Figura 1 – Mapa de Ubá e região.

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Ubá, 2013.

Ubá localiza-se a uma distância de 280 km de Belo Horizonte, a capital do estado de Minas Gerais, 293 km da cidade do Rio de Janeiro, 1.117 km da cidade de São Paulo, 1.006 km de Brasília e 415 km de Vitória. Todas essas capitais do Brasil são ligadas a Ubá por rodovias. Situa-se também perto de

algumas cidades que possuem importância regional, como Juiz de Fora, Barbacena, Muriaé e Viçosa.

Atualmente, a população de Ubá é estimada em 101.519 habitantes (PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO UBÁ, 2013). A gestão municipal de Ubá do período de 2013 a 2016 apresenta as seguintes características:

Prefeito: Edvaldo Baião Albino

Secretário Municipal de Saúde: Thiago de Castro

Coordenador da Atenção Básica: Marcia Michael Camargo Rocha

Coordenador da Atenção à Saúde Bucal: Kleber Marin Kasakeviciu

Quanto ao histórico de criação do município de Ubá, o nome do município reporta a palavra Ubá, em tupi-guarani, que significa canoa de uma só peça escavada em tronco de árvore. É também o nome popular da gramínea "*Gynerun Sagittatum*", da folha estreita, longilínea e flexível, em forma de cano, utilizada pelos índios na confecção de flechas de caça e combate, encontradas em toda a extensão das margens do ribeirão que corta a cidade (PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO UBÁ, 2013). O nome do Rio Ubá faz referência justamente à existência dessas gramíneas em seu entorno.

A colonização da bacia do Rio Pomba ocorreu, inicialmente, a partir da decadência das atividades de mineração. Em fins do século XVIII e início do século XIX, várias famílias deixaram as cidades de Mariana, Ouro Preto, Guarapiranga e outros centros de extração de minério de ferro e pedras preciosas e seguiram à procura de terras férteis e propícias para agricultura, nas quais pudessem desenvolver atividades de renda mais estável e segura.

As regiões banhadas pelo Rio Turvo, Chopotó, Pomba e outros, eram assediadas devido à ocorrência de florestas que prestaram à extração de madeira e que até então eram habitadas pelos índios (chopós, croatos e puris) e aventureiros. Esses fundaram fazendas, que prosperaram e deram início à formação de núcleos de população, hoje, cidades florescentes, entre as quais, a cidade de Ubá (PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO UBÁ, 2013).

Em novembro de 1767, o Padre Manoel de Jesus Maria foi encarregado de catequizar os índios, preparando as bases para a entrada dos donos de sesmarias, a partir de 1797, iniciando assim a organização de um grande aldeamento central. No período de 1797 a 1798, foram doadas as primeiras sesmarias, localizadas em terras desocupadas e situadas nas cabeceiras, encostas e margens do Rio Ubá. Nesta época, Bernardo Antônio de Lorena, do conselho de sua majestade, rei D. João VI, era governador da capitania de Minas Gerais (PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO UBÁ, 2013).

(PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO UBÁ, 2013). Em 1805, o capitão Mor Antônio Januário Carneiro, natural de Calambau e seu cunhado, comendador José Cesário de Faria Alvim, adquiriram várias sesmarias até então pertencentes ao Município de São João Batista do Presídio, hoje, Visconde do Rio Branco, trazendo suas famílias, escravos e rebanhos. Fundaram, assim, a atual cidade de Ubá.

Devido ao desenvolvimento desta paróquia e das atividades dos habitantes da região, principalmente, relacionadas ao cultivo do café, em 1854 o povoado passou a ser vila, e em 1857 essa foi elevada à categoria de cidade com nome de Ubá.

Ubá é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. É considerado o principal polo moveleiro do estado. Além dos móveis de qualidade, o município é reconhecido nacionalmente pela espécie de manga que leva o seu nome e cresce com fartura na região.

No passado, foi um grande produtor e distribuidor de fumo, esse símbolo ornamenta a bandeira do município. Hoje, concentra indústrias de médio e grande porte, principalmente de móveis e confecções, apresentando um comércio abundante e variado, além de um forte crescimento na prestação de serviços. Ubá é um dos municípios que mais cresceu no interior do estado, criando empresas e gerando empregos.

A cidade é também centro cultural, de formação técnica e superior a nível sub-regional, possuindo importantes instituições de ensino superior.

Não há consenso sobre a origem do nome da cidade. Na língua Tupi-Guarani, Ubá significa "canoa de uma só peça escavada em tronco de árvore". A cidade cresceu dentro de um vale e possui apenas 5% da sua área plana, sendo 55% ondulada e 40% montanhosa (PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO UBÁ,2013).

O território está dividido, atualmente em quatro distritos: Ubari, Diamante, Miragaia e Ubeba. Cerca de 95% da população se concentra na zona urbana e apenas 5% na zona rural.

O clima tropical de Ubá apresenta chuvas durante o verão e temperatura média anual entre 18,2°C e 31°C, é a cidade mais quente da Zona da Mata Mineira, com uma temperatura que pode chegar facilmente aos 40°C entre novembro e fevereiro.

Possui uma frota com uma média de 1 veículo para cada 2,23 habitantes, sendo que Ubá sofre, atualmente, pelo excesso de veículos, principalmente, nos horários de pico, quando algumas ruas e avenidas ficam com um trânsito muito carregado.

## **2.2 Aspectos demográficos e socioeconômicos do município de Ubá**

### **-Características demográficas:**

O município de Ubá tem uma superfície total dos 407, 452 km<sup>2</sup>. Em 2010 o município contava com uma população de 101.519 habitantes, sendo 50.258 homens e 51.261 mulheres, 97.636 residem na área urbana e 3.883 na área rural. O município possui um total de 35.621 domicílios particulares, sendo 32.195 ocupados; possui também 21 domicílios coletivos com moradores e 15 sem moradores (Tabela 1).

Tabela 1: Habitação

<b>Total de população</b>	<b>101.519</b>
Total de homens	50.258
Total de mulheres	51.261
Total de população urbana	97.636
Total de população rural	3.883
Total de domicílios particular	35.621
Total de domicílios particular ocupados	32.195
Total de domicílios coletivos com morador	21
Total de domicílios coletivos sem morador	15

Fonte: IBGE, Censo 2010

Tabela 2. População Estimada Segundo Faixa Etária e Sexo

<b>Idade</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
-1ano	660	607	1.267	1.25
1 a 4 anos	2.713	2.603	5.316	5.23
5 a 9 anos	3.609	3.476	7.085	6.98
10 a 14 anos	4.316	4.250	8.566	8.44
15 a 19 anos	4.278	4.219	8.497	8.37
20 a 24 anos	4.717	4.657	9.374	9.23
25 a 29 anos	4.713	4.518	9.231	9.09
30 a 34 anos	4.277	4.275	8.552	8.42
35 a 39 anos	3.676	3.824	7.500	7.39
40 a 44 anos	3.664	3.653	7.317	7.21
45 a 49 anos	3.447	3.609	7.056	6.95
50 a 54 anos	2.955	3.122	6.077	5.99
55 a 59 anos	2.280	2.338	4.618	4.55
60 a 64 anos	1.694	1.843	3.537	3.48
65 a 69 anos	1.134	1.355	2.489	2.46
70 a 74 anos	914	1.071	1.985	1.95
75 a 79 anos	608	843	1.451	1.43
80 anos e mais	603	998	1.601	1.58
<b>Total Geral</b>	<b>50.258</b>	<b>51.261</b>	<b>101.519</b>	<b>100</b>

Fonte: DATASUS, 2011

**Tabela 3: Evolução Populacional**

<b>Anos</b>	<b>População</b>	<b>Método</b>
2010	101.519	Censo
2009	99.706	Estimativa
2008	98.423	Estimativa
2007	100.843	Estimativa
2006	98.776	Estimativa
2005	96.688	Estimativa
2004	92.586	Estimativa
2003	90.783	Estimativa
2002	88.970	Estimativa
2001	87.273	Estimativa
2000	85.065	Censo

Fonte: IBGE, Censo e Estimativa.

Durante o período 2000 e 2010 a taxa média anual de crescimento no Brasil foi de 1,17% pelo no município Ubá a população de Ubá cresceu 1,78%, enquanto no Brasil no mesmo período.

Ubá em 2010 apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,724. Situando-se em uma faixa de elevado desenvolvimento humano entre 0.7 e 0,799. Passando a taxa de urbanização do município de 90,15% para 96,18% (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL).

#### **- Infraestrutura urbana:**

Atualmente o serviço de captação, adução de água bruta, tratamento, reserva e distribuição de água potável dentro do distrito sede, encontra-se a cargo da COPASA (Companhia de Saneamento de Minas Gerais) através de um regime de concessão. Nos demais distritos e aglomerados urbanos a prestação destes serviços está sob a responsabilidade da prefeitura através da Divisão de Saneamento Básico da Secretaria de Obras e Serviços Urbanos. Nestas localidades a água não recebe nenhum tipo de tratamento.

O recolhimento de esgoto por rede pública, de acordo com dados do Cadastro Técnico da Prefeitura Municipal de Ubá, encontra-se presente em 35.186



unidades habitacionais construídas e 34.142 unidades com ligação de esgoto, portanto, 97% das unidades são servidas pela rede pública de esgoto.

O esgoto doméstico coletado em Ubá, em geral, não recebe nenhum tipo de tratamento antes de ser lançado nos córregos e rios do município. Não há por parte da prefeitura um cadastro das indústrias que lançam o seu esgoto industrial, sem tratamento, nos córregos e rios do município. Assim, a quantidade e a natureza do esgoto lançado diretamente nos cursos de água são desconhecidas.

#### **-Principais atividades econômicas:**

Ubá é a segunda principal cidade da zona da mata mineira, assim como o segundo centro industrial e comercial, após Juiz de Fora. A cidade possui pouco mais de 1.000 estabelecimentos industriais de grande, médio e pequeno porte. Boa parte do produto interno bruto é representada pelo setor de serviços.

A cidade além de ser o maior polo moveleiro do estado de Minas Gerais, é também o terceiro do país. A cidade tem se firmado também como um polo regional de confecção de vestuário e calçados. Possui ainda os setores de turismo e de fruticultura. Na agropecuária destacam-se a produção de cana de açúcar e a criação de galináceos.

A cidade conta com um importante centro comercial, sendo prestadora de vários serviços, sua influência não se restringe somente à sua microrregião, mas nas microrregiões limítrofes de Viscosa e Cataguases. Atualmente, Ubá se destaca em termos dos níveis comerciais na cidade, as lojas de móveis, eletrodomésticos, vestuários, calçados, armarinhos e papelarias. Ubá é a segunda principal cidade da zona da mata mineira, assim como o segundo centro industrial e comercial, após Juiz de Fora. A cidade possui pouco mais de 1.000 estabelecimentos industriais de grande, médio e pequeno porte. Boa parte do produto interno bruto é representada pelo setor de serviços.

No setor de serviços a cidade possui uma grande oferta de lanchonetes, bares e restaurantes, sendo que nessa área tem ocorrido uma expansão dos serviços hoteleiros. A característica principal do comércio é a prestação de serviços locais, que não se limitam apenas a região central da cidade, mas encontram-se presentes por quase toda a totalidade da área urbana.

### **2.3- O Sistema Único de Saúde em Ubá**

A proporção da população de Ubá que é usuária da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), corresponde a 50% da população.

O Conselho Municipal de Saúde possui a seguinte composição:

1. Usuários do SUS
2. Prestadores de serviços do SUS
3. Profissionais de Saúde
4. Gestores

A composição do Conselho Municipal de Saúde é paritária com 50% Usuários do SUS e 50% são Prestadores de serviços e Profissionais de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde se reúne mensalmente e extraordinariamente, constituindo-se como um espaço de discussão e encaminhamento para todos os problemas de saúde encontrados pela população atendida em todas as Unidades e Instituições de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do município.

#### **-Fundo Municipal de Saúde:**

O financiamento para o SUS é uma responsabilidade das três esferas de gestão-União, Estados e Municípios Fundo de Saúde, sendo que se encontra previsto na Constituição Federal e Emenda Constituição nº 29/2000.

Para o acompanhamento da gestão financeira pelos municípios foi criado pelo Ministério da Saúde o relatório do Sistema de Informações sobre Orçamentos

Públicos em Saúde, que demonstra a despesas financeiras por categoria (corrente e o capital), o investimento dos três níveis de governo, União, Estado e Município na Saúde, o percentual do investimento do município de acordo com a EC29 e os valores arcados anualmente.

O financiamento federal do custeio em saúde está constituído em "Blocos de Financiamento" e sua transferência ocorre através do repasse "fundo a fundo", ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Os "Blocos de Financiamento" para o custeio do SUS são os seguintes: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica.

Já o financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais comporão o Bloco Financeiro da Atenção Básica divididos em dois sub-blocos: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável.

Os recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) são utilizados no custeio de ações de Atenção Básica a Saúde e o Piso da Atenção Variável (PAB Variável) são recursos financeiros utilizados para o custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal.

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, compreendem os recursos do Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAC), SAMU Estadual, Centro de Referência em Saúde Trabalhador (CEREST) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O financiamento para a Vigilância em Saúde está contido nos recursos financeiros correspondentes às ações do Programa da Vigilância Epidemiológica e Controle Doenças, Programa HIV/AIDS e outras DSTs, MAC-Vigilância Sanitária.

A Assistência Farmacêutica é financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde. O Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica se organiza em sub-bloco básico, sub-bloco estratégico e sub-bloco de medicamentos que são dispensados em caráter excepcional.

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS. O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos: Regulação, controle, avaliação e auditoria, Planejamento e orçamento, Programação, Regionalização, Gestão do trabalho, Educação em saúde e incentivo a implementação de políticas específicas.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi criado o 13/9/1991 através da Lei Municipal nº 2.185, alterado pela Lei Municipal 3.122, de 27/3/2002.

Os recursos do município têm sua origem nos recursos próprios do Tesouro Municipal e recursos advindos do SUS, tanto através da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais quanto do Ministério da Saúde, através de transferências fundo a fundo. Assim, o gestor do Fundo Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, através de seu Secretário Municipal, conta com o Conselho Municipal de Saúde, sendo este um órgão permanente e deliberativo, que tem por finalidade viabilizar a participação da comunidade na gestão do SUS.

O gestor do SUS tem a obrigatoriedade de apresentar trimestralmente em audiência pública o Relatório de Gestão do Fundo para análise e ampla divulgação. Este relatório deverá ser detalhado, contendo, dentre outros dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

-Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO etc.).

-Equipes de saúde: 19

-Saúde Bucal: 5

-Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF): 2

-Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): 1

-Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): 1

-Outros: PSE 1

-Sistema de Referências e Contra referências: Incipiente

-As Redes de Média e Alta Complexidade, congregam 3 municípios que prestam assistência e serviços, os quais compõem a Rede de Alta Complexidade, quais sejam: Juiz de Fora, Muriaé e Belo Horizonte, com serviços de finalidade diagnóstica hemoterapia, procedimentos clínicos e cirúrgicos.

#### **2.4- As comunidades rurais de Ubari, Miragaia e Zueira no município de Ubá**

Existem nas comunidades de Ubari e Miragaia pequenos mercados.

Outros recursos da comunidade, que incluem a área de saúde são hospital, clínica, laboratório, entre outros.

As três comunidades têm igrejas, apesar dos déficits locais, pois não possuem hospitais, clínicas e laboratórios para receberem assistência médica quando necessário. Ubari e Miragaia têm escolas; já Zueira não possui escolas. Essas três comunidades possuem serviços referentes à luz elétrica, água, telefonia, já agência dos correios e bancos não existem em Zueira.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF). Rural 1 tem como área de abrangência 6 localidades, sendo Ubari, Miragaia e Zueira, regiões rurais referentes a esse trabalho.

Total de Famílias cadastradas: 449.

Total de pessoas alfabetizadas de 15 anos e mais: 1102.

A maioria de as pessoas trabalha em agricultura e pecuária, ainda que existam outros postos de trabalho.

A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) encontra-se presente nestas localidades, sendo composta pelos seguintes profissionais:

-Médica (Especialista em Medicina geral integral): 1

-Enfermeira: 1

-Odontologia 1

-Auxiliar de odontologia: 1

-Técnicas de Enfermagem: 3

-Agentes comunitários de saúde: 4

O horário de trabalho da equipe da ESF é de segunda a sexta-feira das 7.00 às 16.00 horas.

- **Comunidade de Ubari**

Ubari é um distrito localizado a 22 km da área urbana de Ubá, sendo no alto da serra na zona rural. É uma região montanhosa, que faz limite com outros municípios como Divinésia; Senador Firmino; Dores do Turvo; o estado de Tocantins; Miragaia. Além desses municípios faz limite com as comunidades de Zueira e Divinésia.

A Unidade Básica de Saúde de Ubari localiza-se na Rua Santo Antônio. Para as pessoas que moram nessa comunidade o acesso é fácil para a unidade de saúde. O acesso, todavia, é mais difícil para os usuários que moram nas roças, que são localizadas em lugares muito distantes. A Unidade Básica de Ubari possui a seguinte estrutura física, composta por seis cômodos: recepção; consultório de odontologia; consultório médico; farmácia; sala de vacina e banheiro.

Estima-se que residam aproximadamente 1.000 habitantes em Ubari; os dados não são exatos, porque existe uma área de abrangência na região que se encontra descoberta pela ESF, pois não possui Agente Comunitário de Saúde (ACS). Encontram-se cadastradas 188 famílias, sendo que dentre essa população 50.8% está estudando e 90.1% com idades de 15 anos ou mais são alfabetizados. (Tabela 4)

**Tabela 4: Perfil da população residente em Ubari, Ubá, Minas Gerais.**

<b>No. Famílias estimadas</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
No. Famílias cadastradas	188	100.0
7 a 14 anos na escola	31	50.82
15 anos e mais alfabetizados	438	90.12

Fonte: SIAB 2014

Dentre essa população de aproximadamente 584 pessoas, 299 é do sexo masculino e 284 femininos. (Tabela 5)

**Tabela 5: Distribuição de população de Ubari por faixa etária e sexo.**

<b>FAIXA ETARIA (anos)</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
<1	2	3	5
1 a 4	11	8	19
5 a 6	5	8	13
7 a 9	12	10	22
10 a 14	21	18	39
15 a 19	31	32	63
20 a 39	98	89	187
40 a 49	39	31	70
50 a 59	25	29	54
> 60	55	57	112
<b>Total</b>	<b>299</b>	<b>284</b>	<b>584</b>

Fonte: SIAB 2014

Dentre a população estimada que é atendida pela ESF (584), são hipertensas 59 pessoas, ou seja, 10.10%, e são diabéticos 2.47%. (Tabela 6)

**Tabela 6: Doenças referidas pela população de Ubari.**

<b>DOENÇAS REFERIDAS</b>	0 a 14	15anos e mais	Total	%
Diabetes Mellitus	0	12	12	2.47
Hipertensão Arterial	0	59	59	10.10
Epilepsia	1	0		0.17

Fonte: SIAB 2014

As moradias dessa população apresentam-se em 100% na estrutura física de tijolo; 98.4% dessas trabalham.

Já o abastecimento de água no município ocorre somente em 70.41% das moradias (Tabela 7). Dentre esses domicílios, apresentam consumo de água potável tratada por meio da filtragem 97,75%, e 1,12% fervendo-a. (Tabela 8).

**Tabela 7: Abastecimento de água nos domicílios de Ubari.**

<b>ABASTECIMENTO DE ÁGUA</b>	No	%
Rede pública	69	70.41
Poço ou nascente	29	29.59
Outros	0	0

Fonte: SIAB 2014

**Tabela 8: Característica de água do consumo de Ubari.**

<b>TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICILIO</b>	No	%
Filtração	87	97.75
Fervura	1	1.12
Cloração	0	0
Sem tratamento	1	1.12

Fonte: SIAB 2014



A coleta de lixo em Ubari é realizada duas vezes por semana, sendo em 64.29% dos domicílios, já 35.71% queimam ou enterram o lixo produzido no domicílio (Tabela 9).

**Tabela 9: Destino do lixo em Ubari.**

<b>DESTINO DE LIXO</b>	<b>No</b>	<b>%</b>		
Coleta pública	63	64.29		
Queimado/Enterrado	35	35.71		
Céu aberto	0	0		

Fonte: SIAB 2014

Não possuem sistema de esgoto no domicílio 1.02%, cujos dejetos seguem para despejo no meio ambiente a céu aberto (Tabela 10)

**Tabela 10: Sistema de esgoto em Ubari.**

<b>DESTINO DOS DEJETOS</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Sistema de Esgoto	94	95.92
Fossas	3	3.06
Céu aberto	1	1.02

Fonte: SIAB 2014

- **Comunidade de Miragaia**

Miragaia é um distrito localizado a 13 km da área urbana de Ubá. É uma região montanhosa, que faz limite com outros municípios como Divinésia, Zueira e Ubari. A unidade de saúde encontra-se na Rua Coronel João Ferreira de Andrade, o acesso para as pessoas que moram nesse povoado se torna fácil, exceção somente para as pessoas que moram em lugares distantes. A Unidade de Saúde é composta pela seguinte área física: sala de consulta médica, sala de vacina, banheiro e cozinha.

Estima-se que residam aproximadamente 669 habitantes em Miragaia, os dados não são exatos, porque existe uma área de abrangência na região que se encontra descoberta pela ESF, pois não possui Agente Comunitário de Saúde (ACS). Encontram-se cadastradas 187 famílias, sendo que dentre essa

população 88.25% são estudantes e 96.12% com idades de 15 anos ou mais são alfabetizadas. (Tabela 11)

**Tabela 11: Perfil da população residente em Miragaia, Ubá, Minas Gerais.**

<b>No de Famílias estimadas</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
No de Famílias cadastradas	187	100.00
7 a 14 anos na escola	49	88.25
15 anos e mais alfabetizados	490	96.12

Fonte: SIAB\_2014

Dentre essa população de aproximadamente 669 pessoas, 364 é do sexo masculino e 325 femininos. (Tabela 12).

**Tabela 12: Distribuição de população de Miragaia por faixa etária e sexo.**

<b>FAIXA ETARIA (anos)</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
< 1	0	1	1	0.14
1 a 4	22	10	32	4.78
5 a 6	15	6	21	3.13
7 a 9	11	16	27	4.03
10 a 14	25	25	50	7.47
15 a 19	36	24	60	8.96
20 a 39	115	107	222	33.1
40 a 49	49	38	87	13.0
50 a 59	42	31	73	10.9
> 60	49	37	86	12.8
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>325</b>	<b>669</b>	<b>100</b>

Fonte: SIAB 2014

Dentre a população estimada e aquelas que são atendidas pela ESF, são hipertensas 83 pessoas (44.38%), e são diabéticos 20 (10.69%). (Tabela 13)

**Tabela 13: Doenças referidas pela população de Miragaia.**

<b>DOENÇAS REFERIDAS</b>	0 a 14	15 anos e mais	Total	%
Diabetes Mellitus	0	20	20	10.69
Hipertensão Arterial	0	83	83	44.38
Epilepsia	3	11	14	7.48

Fonte: SIAB 2014

As moradias dessa população apresentam-se em 100% na estrutura física de tijolo; 98.4% dessas encontram-se trabalhando. Já o abastecimento de água no município ocorre somente em 75.53% das moradias (Tabela 14). Dentre esses domicílios, apresentam consumo de água potável tratada por meio da filtragem 92.51%, e 1.06% fervendo-a. (Tabela 15)

**Tabela 14: Abastecimento de água nos domicílios de Miragaia.**

<b>ABASTECIMENTO DE ÁGUA</b>	No	%
Rede pública	142	75.53
Poço ou nascente	45	24.06
Outros	0	0

Fonte: SIAB 2014

**Tabela 15: Característica do consumo de água de Miragaia.**

<b>TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICILIO</b>	No	%
Filtração	173	92.51
Fervura	2	1.06
Cloração	0	0
Sem tratamento	11	6.41

Fonte: SIAB 2014

A coleta de lixo em Miragaia é realizada uma vez por semana (Tabela 16)

**Tabela 16: Destino do lixo em Miragaia.**

<b>DESTINO DE LIXO</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Coleta publica	137	73.26
Queimado/Enterrado	49	26.20
Céu aberto	1	0.53

Fonte: SIAB 2014

Não possuem sistema de esgoto no domicílio 8.51%, cujos dejetos seguem para o meio ambiente com despejo à céu aberto (Tabela 17)

**Tabela 17: Sistema de esgoto em Miragaia.**

<b>DESTINO DOS DEJETOS</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Sistema de Esgoto	172	91.97
Fossa	14	7.48
Céu aberto	2	1.06

Fonte: SIAB 2014

- **Comunidade de Zueira**

Zueira é um distrito localizado a 2 km da área urbana de Ubá. É uma região montanhosa, que faz limite com comunidade Antonina Coelho (COHAB), bairro Santa Rosa, Miragaia e município Divinésia, abrange a comunidade do Córrego da Zueira, Córrego dos Andrades e Córrego dos Bernardos.

A unidade de saúde se encontra situada na localidade da Zueira ao lado da Igreja Católica. Como nas demais comunidades, o acesso a Zueira também é difícil para as pessoas que moram distante da unidade de saúde, pois não tem transporte público nesse sentido. A área física da unidade de saúde corresponde a: recepção, sala de consulta médica, sala de farmácia, cozinha e banheiro.

A maioria da população trabalha na agricultura, mas existem também operários. Existem duas pequenas fabricas, uma de produtos de limpeza e uma de moveis.

Estima-se que residam aproximadamente 269 habitantes, em Zueira, os dados não são exatos, porque existe uma área de abrangência na região que se encontra descoberta pela ESF, pois não possui Agente Comunitário de Saúde (ACS). Encontram-se cadastradas 74 famílias, sendo que dentre essa população, 65.63% estudam e 88.78% nas idades de 15 anos ou mais são alfabetizadas. (Tabela 18).

**Tabela 18: Perfil da população residente em Zueira, Ubá.**

No de Famílias estimadas	Numero	%
No de Famílias Cadastradas	74	100.00
7 a 14 anos na escola	21	65.63
15 anos e mais alfabetizados	174	88.78

Fonte: SIAB 2014

Dentre essa população de aproximadamente 244 pessoas, 122 é do sexo masculino e 122 femininos. (Tabela 19)

**Tabela 19: Distribuição de população de Zueira por faixa etária e sexo.**

FAIXA ETÁRIA (anos)	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	%
<1	0	0	0	0
1 a 4	7	5	12	4.91
5 a 6	1	3	4	1,63
7 a 9	4	3	7	2.86
10 a 14	11	14	25	10.24
15 a 19	8	9	17	6.96
20 a 39	29	38	67	27.45
40 a 49	21	21	42	17.21
50 a 59	30	17	47	19.26
> 60	11	12	23	9.42
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>122</b>	<b>244</b>	<b>100</b>

Fonte: SIAB 2014

Dentre a população estimada e aquelas que são atendidas pela ESF, são hipertensas 30 pessoas (12.30%), e são diabéticos 8 (3.28%). (Tabela 20)

**Tabela 20: Doenças referidas pela população de Zueira.**

DOENÇAS REFERIDAS	FAIXA ETARIA		Total	%
	0 a 14	15 anos e mais		
Diabetes Mellitus	0	8	8	3.28
Hipertensão Arterial	0	30	30	12.30
Epilepsia	0	2	2	0.82

Fonte: SIAB 2014

As moradias dessa população apresentam-se em 100% na estrutura física de tijolo; 98.65% dessas possuem serviço elétrico. Já o abastecimento de água no município ocorre somente em 1.35 % das moradias (Tabela 21). Dentre esses domicílios, apresentam consumo de água potável tratada por meio da filtragem 87.84%, e 2.70% fervendo-a. (Tabela 22)

**Tabela 21: Abastecimento de água nos domicílios de Zueira.**

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	No	%
Rede pública	1	1.35
Poço ou nascente	72	97.30
Outros	1	1.35

Fonte: SIAB 2014

**Tabela 22: Característica de água do consumo de Zueira.**

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICILIO	No	%
Filtração	65	87.84
Fervura	2	2.70
Cloração	1	1.35
Sem tratamento	6	8.11

Fonte: SIAB 2014

A coleta de lixo em Zueira é realizada uma vez por semana (Tabela: 23).

**Tabela 23: Destino do lixo em Zueira.**

<b>DESTINO DO LIXO</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Coleta publica	8	10.81
Queimado/Enterrado	55	74.32
Céu aberto	5	6.76

Fonte: SIAB 2014

Não possuem sistema de esgoto no domicílio 91.8%, cujos dejetos seguem para fossa e meio ambiente a céu aberto (Tabela 24).

**Tabela 24: Sistema de esgoto em Zueira.**

<b>DESTINO DOS DEJETOS</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Sistema de Esgoto	6	8.11
Fossa	63	85.14
Céu aberto	5	6.76

Fonte: SIAB 2014

## **2.5- Produção de saúde nas comunidades rurais de Ubari, Miragaia e Zueira**

### **-Taxas de imunização da população:**

Dentre a população dessas comunidades 90% encontra-se vacinada, o que foi alcançado por meio de campanhas e ações de rotina, os restantes 10% são pacientes com patologias psiquiátricas, usuários de drogas, pacientes que têm se recusado a receberem vacinação devido questões culturais.

### **-Programa Materno Infantil**

Nos últimos dois anos não foram relatadas mortes maternas por causas direta ou indireta, e também não ocorrem mortes em menores de um ano de idade. Na área da saúde atendida pela equipe da ESF existem, atualmente, 4 grávidas, todas cadastradas pelos ACS; 2 dessas grávidas foram captadas

para realizarem o pré-natal no início do 1º trimestre, na unidade. As outras 2 grávidas relatam que são acompanhadas por médicos que têm suas consultas privadas.

Quanto às situações de alto risco obstétrico, existem dois casos nessa área de abrangência da ESF.

As consultas do pré-natal são mensais, ou cada quinze dias. A realização dessas consultas depende do risco obstétrico apresentado pela gestante. Na unidade de saúde não há dificuldades para realização de exames de sangue e ultrassonografia nos 1º e 2º trimestres. É difícil a aplicação da ultrassonografia no 3º trimestre. Existem dificuldades para realizar o atendimento odontológico das gestantes; esse serviço encontra-se disponível somente na comunidade de Ubari.

Não são realizados os acompanhamentos das crianças menores de um ano e das crianças maiores, conforme é estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) de acordo com o programa de atenção primária em saúde. Existe um pediatra no município que faz o acompanhamento de todas as crianças.

Essas crianças são atendidas somente se for realizada a consulta e as visitas de puerpério e puericultura pelo enfermeiro e o ACS, previamente, aos recém-nascidos e puérperas. Nos momentos do atendimento pelo enfermeiro e ACS são fornecidas as orientações sobre a prevenção de complicações e cuidados com crianças. Os dados quantitativos das crianças atendidas pela ESF, são apresentados a seguir:

- Número de crianças menores de 1 ano cadastrados: 6
- Número de lactentes menores de 4 meses cadastrados: 6
- Número de lactentes por aleitamento materno exclusivo: 4



**-Programa de Prevenção e Diagnóstico de Câncer Cérvico Uterino e de Mama:**

A citologia é realizada em todas as mulheres com mais de 25 anos, esse exame inclui também todas as mulheres sexualmente ativas com menos de 25 anos de idade, seguindo-se o programa do MS.

População feminina com 25 anos ou mais: 1.217

Citologias realizadas no ano de 2014:240

Citologias utilizadas de janeiro a abril de 2014: 60 (25%).

Quanto às citologias pendentes sem realizar, há uma dificuldade de cumprir as metas devido à falta de procura pelas pacientes por este atendimento, e por, muitas vezes, realizarem o exame com especialistas de outros serviços de saúde.

Citologia positiva: Ocorreu 1 (um caso) devido lesão intra-epitelial em grau I, sendo a paciente acompanhada pelo Núcleo do Câncer.

Exames de mama realizados em 2014: 62.

**-Programa de Atenção ao Idoso:**

Existe no município um programa de acompanhamento ao idoso frágil, denominado de "*Programa Mais Vida*". Neste programa os pacientes são encaminhados a ACISPES (Agencia de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra) para avaliação multidisciplinar. Têm sido observadas melhorias clínicas dos pacientes idosos que são acompanhados.

Número de pacientes frágeis: 40 pacientes que residem nas áreas cobertas pelos ACS.

Pacientes que foram avaliados em Juiz de Fora pelo programa ACISPES em 2014: 6.

Pacientes acamados: 3.

**-Programa Nacional de Tuberculose**

Foi diagnosticado um caso positivo de tuberculose em paciente de 58 anos, que tem sido acompanhado por meio de consulta médica mensal, de alta médica com melhoria clínica e radiológica em março 2015.

### 3 JUSTIFICATIVA

É importante para todos os médicos e a equipe ESF conhecerem os problemas de saúde de sua comunidade e os fatores de risco associados a esses. Assim, é uma força tarefa prioritária realizar a prevenção e promoção da saúde. Para isso, tais ações devem ser fundamentadas em um conhecimento científico coerente sobre tais problemas, o qual possa conferir uma base teórica sólida, para que os problemas sejam enfrentados de forma resolutiva.

A análise da situação de saúde de uma determinada população é uma atividade que necessita ser realizada pelos serviços de atenção primária à saúde, pois visa identificar as características sociais, psicológicas, econômicas, históricas, geográficas, culturais e ambientais que afetam a saúde, bem como os problemas de saúde apresentados pelos indivíduos, famílias, grupos e comunidade como um todo, permitindo desenvolver ações que contribuam para sua solução ou melhoria.

O desenvolvimento da Análise da Situação da Saúde em cada um dos consultórios médico e da enfermeira da ESF e de outros profissionais que prestam atendimento na comunidade consiste em um elemento que serve de fundamento para se realizar o planejamento estratégico no âmbito da atenção primária à saúde, permitindo definir as ações a serem desenvolvidas sobre os problemas de saúde prioritários, uma vez que a ESF não possui recursos locais para trabalhar sobre todos os problemas apresentados pela comunidade em um mesmo momento ou de uma única vez.

É importante que a equipe de saúde que atua na atenção primária realize a estratificação dos fatores de risco apresentados por determinada população para que possa prevenir e estabelecer parâmetros direcionados a promover modificações em seus hábitos e estilos de vida por meio dos atendimentos e cuidados prestados.

Esse estudo justifica-se pelo fato da equipe de saúde que atua junto a essas comunidades rurais de Ubá ter observado a ocorrência frequente de casos de crises hipertensivas, culminando em internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) com sequelas neurológicas, pacientes com diagnóstico de Diabetes mellitus, associados ao pouco conhecimento apresentando pela população local sobre suas doenças.

As complicações geradas nesses pacientes devido à alta incidência de diabetes e hipertensão em sujeitos aparentemente saudáveis também têm se destacado de forma importante. Nesse sentido, são necessárias ações de intervenção para diminuir o risco cardiovascular desses pacientes, evitando-se assim a ocorrência de complicações das suas doenças de base, como o AVC, IAM e Doença Renal crônica, dentre outras.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral:**

Elaborar um plano de intervenção com a finalidade de reduzir o risco cardiovascular nas comunidades de Ubari, Miragaia e Zueira pertencentes Estratégia Saúde da Família (ESF) Rural, do município Ubá em Minas Gerais.

### **4.2 Objetivos específicos:**

Identificar os fatores de risco cardiovasculares presentes dentre a população de Ubari Miragaia e Zueira, ESF Rural do município de UBÁ.

Elaborar um método para desenvolver ações de educação em saúde, estruturar o atendimento prestado pela ESF nessas comunidades, e criar estratégias para promover a modificação dos hábitos e estilos de vida dessa população.

## 5 METODOLOGIA

Para elaborar o plano de ação a equipe da ESF foi reunida e juntos os profissionais analisaram a situação de saúde das comunidades rurais nas quais atuam. Para isso foram utilizadas como provas documentais dos atendimentos de saúde prestados pela ESF e o perfil de saúde dessa população, as fichas de cadastro de cada família na unidade de saúde. Os dados estatísticos municipais também auxiliaram na descrição do perfil de saúde da população de Ubá.

Além disso, foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema utilizando as referências bibliográficas que abordavam as questões relacionadas com a metodologia de análise adotada nesse projeto, quanto à situação de saúde observada no contexto do Brasil ou de Cuba, utilizando as seguintes palavras-chave para a busca desse material na internet. Hipertensão arterial, risco cardiovascular, fator de risco, doença cardiovascular, doença bucal, dieta, etc. Foram adotados como base de dados para busca desse material bibliográfico na internet, a BIREME, SCIELO, INFOMED; PAHO, NESCON, REVESPCARDIOL, BOMBEIROS.PT, DAB.SAUDE.GOV e também o Plano Estadual de saúde 2012 - 2015 de Minas Gerais e o Plano Municipal de Saúde de Ubá do ano de 2013.

## 6 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No Brasil, as Doenças Cardiovasculares (DCV) são as responsáveis por 32% da mortalidade da população; aproximadamente 267.496 óbitos ocorreram no ano 2002. Atualmente, as DCV constituem a primeira causa de morte no país. As DCV mesmo quando não são graves, ocasionam com frequência nos indivíduos incapacidades parciais ou totais, além de provocarem graves consequências nos acometidos; essas atingem também a família e a sociedade (BRASIL, 2006).

O risco cardiovascular se define como a probabilidade de o indivíduo sofrer um episódio cardiovascular em um determinado período de tempo, o qual pode transcorrer durante 5 ou 10 anos. A estratificação e quantificação do risco cardiovascular pelo médico da ESF da família junto aos pacientes que não têm a doença cardiovascular é fundamental para a prevenção primária da doença, já que permite intervir precocemente sobre sua ocorrência, tratar farmacologicamente a enfermidade, ao acompanhar periodicamente esses pacientes (DIRETRIZES DE PRÁTICAS CLÍNICAS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

*No Brasil, o Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira, como as medidas antitabagistas, as políticas de alimentação e nutrição, e de promoção da saúde com ênfase na escola e, ainda as ações de atenção à hipertensão e ao diabetes, com garantia de medicamentos básicos na rede pública e, aliado a isso, a capacitação dos profissionais (BRASIL, 2006 p8-9).*

Os Fatores de riscos (FR) compreendem os hábitos adquiridos ou sinais biológicos que podem ocasionar com mais frequência uma doença específica nos pacientes. No caso da doença cardiovascular, essa é multifatorial, e um fator de risco deverá ser considerado na análise de cada situação clínica em associação aos outros fatores de risco presentes no contexto de vida do indivíduo. Os principais fatores de risco cardiovasculares podem ser divididos em dois grupos: os fatores de risco não modificáveis (idade, história da família

e gênero) e os fatores de risco modificáveis (dislipidemia, tabagismo, diabetes, hipertensão, obesidade e estilo de vida sedentário) (VEGA; GUIMARÁ; VEGA 2011).

Progressos podem ser alcançados na gestão dos clássicos fatores de risco cardiovasculares modificáveis, como estilo de vida pouco saudável que conduz ao aumento da prevalência de sobrepeso, obesidade, doenças metabólicas, diabetes Mellitus tipo 2, aterosclerose prematura e doenças cardiovasculares. É por isso que as previsões dos riscos cardio-metabólicos devem ser anteriores às doenças cardiovasculares propriamente dita, e realizada com ações de prevenção primária à saúde (VEGA; GUIMARÁ; VEGA, 2011)

As DCNT são consequências de fatores de risco comportamental és que surgiram a margem dos desenvolvimentos socioeconômicos e modos de vida das sociedades. Existem quatro fatores de risco comportamental és principal és:

- **Tabagismo:** Cada ano morrem em o mundo 6 milhões de pessoas devido a habito de fumar e um 10% de doenças cardiovasculares produzidas por tabaquismo.
- **Alimentação não saudável:** Na atualidade o consumo elevado de sal por encima de os niveles recomendados por OMS e de grassas aumentam o risco de sofrer hipertensão e doenças cardiovasculares.
- **Sedentarismo:** Entre o 20% e 30% das pessoas com pouca atividade física têm risco de morrer e de padecer doenças cardiovasculares. A atividade física sistemática reduz o risco de sofrer de doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes.
- **Alcoolismo:** O 3.8% das mortes em o mundo são produzidas por o consumo excessivo de álcool que também pode conduzir a efeito adversos sobre o coração e a hipertensão arterial (SITUAÇÃO MUNDIAL DCNT, 2010).



A avaliação individual do risco cardiovascular e cardio-metabólico representa a abordagem básica no âmbito da prevenção primária de doenças cardiovasculares e diabetes Mellitus tipo 2. Biomarcadores cardio-metabólicos, especialmente de alta sensibilidade proteína C-reativa, albuminúria, peptídeo natriurético cerebral N-terminal, e procedimentos de imagem (carótida espessura íntima-média medida pelo ultrassom) podem melhorar a previsão dos agravos relacionados às doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2, além de fatores de risco tradicionais (VEGA; GUIMARÁ; VEGA, 2011)

Atualmente, estudos encontram-se investigando novos fatores de risco, tais como lipoproteína, homocisteína, proteína C-reativa, fibrinogênio, Fator VII, adiponectina e interleucina-6, entre outros (VEGA; GUIMARÁ; VEGA, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em seu Relatório Global sobre o estado das Doenças não Transmissíveis (OMS, 2010), as ações populacionais que deveriam ser colocadas em prática, de imediato, por terem um custo-efetivo favorável, reduzindo a carga das doenças e os custos, são: aumento dos impostos e dos preços do tabaco; proteção às pessoas contra a fumaça do cigarro; proibição para fumarem em lugares públicos; advertência sobre os perigos do consumo de tabaco; cumprimento da proibição da propaganda, patrocínio e promoção de tabaco; restrição da venda de álcool no varejo; redução da ingestão de sal e do conteúdo de sal nos alimentos; substituição de gorduras trans em alimentos por gorduras poli-insaturadas, dentre outras ações (BRASIL, 2010).

*A hipertensão arterial sistêmica (HSA) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010 p1).*

A elevada prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Brasil e no mundo contribuem a aumentar a mortalidade por doenças cardiovasculares e apresenta um alto custo da sociedade e para o sistema de saúde, pôr o elevado número de internações que produz. É um importante fator de risco, responsável de outras doenças do sistema circulatório e com frequência se associa a outras doenças crônicas como: diabetes, dislipidemias e doença renal crônica (BRASIL, 2011-2022).

Estudos realizados evidencia que a detecção precoce, o tratamento e controle adequado da hipertensão arterial são de caráter prioritário para diminuir das doenças cardiovasculares e requer ações encaminhadas à mudança de o estilo de vida, adquirir hábitos de vida mais saudável desde a infância. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

*O diabetes é comum e de incidência crescente. Estima-se que, em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL, 2006 p 9).*

A primeira causa de morbi - mortalidade com perda na qualidade de vida e de internações hospitalares, cegueira, de amputações de membros, doença cardiovascular e de insuficiência renal, no Brasil são: o diabetes mellitus e hipertensão arterial. Aproximadamente o 50% as pessoas com diabetes não têm conhecimento de que sofrem da doença e são diagnosticados quando surgem sinais de complicações (BRASIL,2006).

França (2014) descreve que a alimentação saudável e a escolha adequada dos alimentos para o uso diário, poderão favorecer o adequado funcionamento do organismo e facilitar o alcance de bem-estar. Existem condições nutricionais que contribuem para a redução do risco de doenças cardiovasculares como: consumo adequado de hortaliças e frutas, diminuição na ingesta de gorduras saturadas, trans e de colesterol, consumo

de ácidos gordos ômega 3 provenientes do peixe, redução do consumo de sal e ingestão moderada de álcool etílico.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade no mundo e frente o seu gradual crescimento nos países em desenvolvimento, faz-se urgente implantar programas de saúde utilizando diversas estratégias tanto para prevenir quanto para controlar os fatores de risco, reduzindo as chances de morbi-mortalidade.

A morbimortalidade pelas DCV é influenciada por um conjunto de fatores de risco, alguns modificáveis mediante alterações no estilo de vida, como a dieta adequada e o exercício regular. Os alimentos ricos em ácidos graxos saturados e trans devem ser evitados, assim como o uso excessivo de sal e bebidas alcoólicas. Sendo fundamental a promoção de mudanças de estilo de vida na população por meio de ações de saúde que contribuam para deter o avanço das doenças cardiovasculares (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002)

Doenças como a cárie dental são muito frequentes nos brasileiros, esta é uma consequência da população em função do estilo de vida e dos os hábitos higiênicos inadequados, e em particular, a higiene bucal, os quais têm uma função elementar no desenvolvimento e no agravamento das doenças cardiovasculares. Nos últimos anos, têm sido realizados vários estudos sobre a associação entre as infecções bucais e as doenças cardiovasculares, buscando-se identificar se a boca, como portadora de bactérias, poderá ou não via transmissão sanguínea afetar órgãos como o coração. Atualmente, tem sido considerada a existência de uma associação entre a periodontite e as doenças cardiovasculares, devido á cronicidade dessa infecção e a participação de bactérias agressivas nesse processo, as quais são identificadas nas paredes arteriais que cercam o coração (OPS, 1999).

Portanto, não somente basta se ter uma adequada higiene bucal, é necessário ainda controlar periodicamente com o odontologista esses cuidados, e estar

atento para prevenir os fatores que agravam as infecções bucais como: o tabagismo, estresse e diabetes mellitus.

É necessário também que a população possua os devidos conhecimentos sobre a importância de cuidar da sua saúde bucal, mantendo a sob adequado controle e higiene, para que possa melhorar também sua saúde cardiovascular.

## **7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Após ser realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família que atua na ESF Rural 1, junto as comunidades de Ubari, Miragaia e Zueira, no município de Ubá, foi proposta a construção de um plano de ação direcionado ao enfrentamento dos problemas de saúde escolhidos como prioritários nessa área de abrangência.

Esta proposta de intervenção vai encaminhada a reduzir o risco cardiovascular aumentado na população rurais de nossa área de abrangência; a traves de ações que são desenvolvidas por a equipe de saúde em seu trabalho diário; estimulando a mudança de hábitos alimentares e estilo de vida mais saudável na população.

### **7.1. Principais problemas de saúde identificados**

1. Risco cardiovascular aumentado.
2. Mobilidade de patologias crônicas como hipertensão e diabetes em áreas descobertas pelos ACS.
3. Áreas descobertas pelos ACS.
4. Problemas de saúde e sociais como: alcoolismo e outras drogas.
5. Hábitos alimentares inadequados.
6. Maus hábitos higiênicos sanitários.
7. Baixo nível de informação sobre os riscos para doença cardiovascular.

## 7.2 Priorização dos problemas de saúde

Levando-se em consideração os problemas de saúde identificados pela equipe ESF Rural I, e o grau de importância atribuído por cada membro dessa equipe a cada um desses problemas identificados, adotando-se valores em uma escala de zero a dez, segundo Campos, Faria e Santos (2010), foi verificado como os principais problemas de saúde presentes nessas áreas de abrangência: 1) Risco cardiovascular aumentado; 2) Mobilidade de patologias crônicas como hipertensão e diabetes em áreas descobertas por ACS.

**Quadro 1: Principais problemas de saúde identificados pela equipe ESF Rural 1, em Ubá, Minas Gerais, e grau de importância.**

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado.	9	Alta	Parcial	1
Mobilidade de patologias crônicas como hipertensão e diabetes em áreas descobertas por ACS.	8	Alta	Parcial	2
Áreas descobertas por ACS	8	Alta	Fora	2
Problemas sociais com Drogas e Alcoolismo.	7	Médio	Parcial	3
Hábitos alimentares inadequados.	6	Médio	Parcial	4
Maus hábitos higiênicos sanitários.	6	Médio	Parcial	4

**Fonte: Autoria própria.**

**Quadro 2: Estimativas e número de casos de patologias acompanhadas pela equipe ESF Rural 1, em Ubá, Minas Gerais.**

<b>Hipertensos esperados</b>	<b>195</b>	<b>Fonte dos dados</b>
Hipertensos cadastrados	172	SIAB
Hipertensos acompanhados	172	Registro de equipe
Hipertensos controlados	138	Registro de equipe
Diabéticos esperados	60	
Diabéticos cadastrados	52	SIAB
Diabéticos acompanhados	52	Registro de equipe
Diabéticos controlados	39	Registro de equipe
Dislipidemia	46	Registro de equipe
Obesos	16	Registro de equipe
Tabagismo	25	Registro de equipe
Alcoolismo	12	SIAB
Sedentários	153	Registro de equipe
Complicações cardiovasculares	14	Registro de equipe
Óbitos por causas cardiovasculares	4	Registro de equipe

### **7.3 Explicação dos problemas de saúde identificados como prioritários**

Estes problemas identificados, independentemente da pontuação atribuída pela equipe da ESF Rural 1, influenciam negativamente a saúde da população local. O enfrentamento de tais problemas, em alguns casos, depende da ação direta de uma força-tarefa e de outros recursos humanos e materiais que se encontram fora do alcance da equipe de saúde.

No Brasil 30% da população adulta apresenta risco de apresentar Hipertensão arterial e 6% Diabetes Mellitus, considerando-se essas informações e a avaliação realizada nas comunidades citadas, atendidas pela equipe da ESF, pondera-se que tais famílias da área de abrangência da ESF não têm acesso às ações de prevenção e tratamento dessas doenças. Isso tem ocorrido nessas comunidades rurais de Ubá devido à falta de profissionais de saúde para

atuarem em tais micro áreas, as quais deveriam ser cobertas pela ESF e não o são. Assim, se mantém um perfil de morbidade oculta nessa região, já que o atendimento prestado a esses pacientes pelo serviço de saúde é muito baixo.

O risco cardiovascular representa um importante problema de saúde pública na região e justifica-se, desse modo, a necessidade de serem priorizados esforços para a prevenção, educação e manejo desses pacientes sem assistência à saúde, adotando-se medidas simples para conseguir que as futuras gerações dessas comunidades possam prevenir tais doenças e promoverem sua saúde.

#### **7.4 – Problemas ou nós críticos:**

Hábitos alimentares inadequados

Problemas de saúde e sociais como: alcoolismo e drogas

Maus hábitos higiênicos sanitários

Baixo nível de informação sobre o risco para doenças cardiovasculares

#### **7.5- Problemas de saúde prioritários:**

Risco cardiovascular aumentado.

Mobilidade de patologias crônicas como: hipertensão e diabetes em áreas não cobertas por agentes comunitários

##### **7.5.1 - Descrição dos problemas de saúde prioritários:**

Outros fatores de risco cardiovasculares identificados que influenciam negativamente a saúde da população são: alcoolismo, tabagismo, dislipidemia, obesidade, maus hábitos dietéticos, revelando que 14.3 % da população maior de 15 anos apresentam fatores de risco cardiovasculares elevados.

Assim, o risco cardiovascular representa um importante problema de saúde pública na região estudada, sendo necessário priorizar os esforços na prevenção, defesa, educação e manejo dos pacientes que se enquadram



nesse perfil, empregando medidas simples que podem melhorar a sua situação de saúde e promover a qualidade de vida dessa população.

#### **7.5.2-Seleção dos “Nós críticos”:**

Campos, Faria e Santos, (2010, p.65) descrevem uma explicação muito clara sobre os “nós críticos”. Esses consistem naquelas causas que são consideradas mais importantes na origem do problema de saúde e que merecem ser enfrentadas para que o mesmo seja solucionado. Esses autores fornecem também o entendimento daquilo “que está dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, se esse seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando” junto à equipe que atua.

Os nós críticos do problema priorizado:

1. Hábitos alimentares inadequados
2. Problemas sociais como alcoolismo e drogas
3. Maus hábitos higiênicos sanitários
4. Baixo nível de informação sobre os riscos para doença cardiovascular

#### **7.5.3- Desenho das operações:**

Identificado o problema e suas principais causas que o motivaram; procedemos elaborar um plano de ação, o qual precisa da utilização de recursos (econômicos, organizacionais e cognitivos) que devem ser consumidos em cada operação para levar a cabo a implementação do mesmo.

**Quadro 3- Desenho de operações para resolução dos nós críticos do problema.**

<b>NÓS CRÍTICOS</b>	<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>PRODUTOS ESPERADOS</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>
Hábitos e estilo de vida inadequados	<b>Viver melhor</b> Estimular a mudança dos hábitos de vida.	Melhores as condições de vida	Atividades educativas: Palestras.	-Cognitivo: Informação sobre o tema.  -Econômico: Aquisição de folheto educativo.
Problemas sociais como alcoolismo e drogas	<b>Mais vida</b> Promover melhorias na qualidade de vida.	Melhoras nas condições de vida e nas condutas da população jovem.	Atividades educativas: Palestras, caminhadas e atividades esportivas.	-Cognitivo: Informação sobre o tema.  -Organizacional: Mobilização social.
Nível de informação	<b>Mais conhecimento</b> Aumentar o conhecimento da população sobre o risco cardiovascular.	População mais informada.  Melhorias na qualidade de vida.	Atividades educativas abordando o risco cardiovascular.  Capacitação dos ACS.	-Cognitivo: Conhecimento  -Econômico: Aquisição de folhetos educativos

Fonte: Autoria própria.

#### 7.5.4- Identificação dos recursos críticos:

Para produzir as mudanças desejadas na população devemos executar das operações que permitem a avaliação da viabilidade do plano de ação, sendo necessário constar com os recursos críticos que devem consumir-se em cada operação; já previamente identificados (CAMPOS; FARIA; SANTOS,2010).

**Quadro 4- Identificação dos recursos críticos para resolução problemas.**

<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>
<b>Viver melhor</b>	-Cognitivo: Informação sobre o tema.  -Econômico: Aquisição de folheto educativa.
<b>Mais vida</b>	-Cognitivo: Informação sobre o tema.  -Organizacional: Mobilização social.
<b>Mais conhecimento</b>	-Cognitivo: Conhecimento  -Econômico: Aquisição de folhetos educativos

Fonte: Autoria própria.

**7.5.5- Análise sobre a viabilidade do plano de ação:**

Com a finalidade de reduzir ou modificar o risco cardiovascular dentre a população é necessário que sejam elaboradas e implementadas ações diretas que atuem sobre os fatores de risco para a doença, e não somente ações direcionadas ao conhecimento.

É necessário para a viabilização do plano que os recursos materiais não disponíveis, mas importantes para sua execução pela equipe de saúde e o envolvimento de outros atores, como secretário de educação, secretário de saúde, associações de bairro, sejam providenciados. Além do apoio do Prefeito e do Secretário Municipal de Saúde, e outros representantes políticos, é necessário se obter o financiamento dos recursos necessários para a realização do plano de ação como: equipamento, boletins, pesquisas e consultas especializadas.

**Quadro 5- Ações estratégicas para viabilizar o plano.**

<b>OPERAÇÃO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>	<b>ATOR QUE CONTROLA</b>	<b>MOTIVAÇÃO</b>	<b>AÇÃO ESTRATÉGICA</b>
<b>Viver melhor</b> Hábitos e estilo de vida inadequada	-Cognitivo: Informação sobre o tema.  -Econômico: Aquisição de folheto educativa.	Secretário de Saúde	Favorável	Reunir com o Secretário de Saúde
<b>Mais vida</b> Problemas sociais como alcoolismo e drogas	-Cognitivo: Informação sobre o tema.  -Organizacional: Mobilização social.	Secretário de Saúde  Associações de bairro.  Perfeito  Secretaria de Educação	Favorável	Reunir com os envolvidos para discutir e apresentar os problemas e soluções.
<b>Mais conhecimento</b> Nível de informação.	-Cognitivo: Conhecimento  -Econômico: Aquisição de folhetos educativos.	Secretaria de Educação.  Associações de bairro.  Perfeito  Secretaria de Saúde.	Favorável.	Reunir com os envolvidos para discutir e apresentar problemas e soluções.

Fonte: Autoria própria.

#### 7.5.6-Elaboração do plano operativo:

É hora de realizar estudos metodológicos e estadísticos mais solidez para estabelecer a magnitude os riscos cardiovasculares, sim olvidar que na intervenção é necessária para eliminar ou minimizar um problema de saúde (SANS,2007).

O plano de ação ajuda a identificar, corrigir e até prevenir problemas. No entanto, a sua elaboração exige de um responsável pelo projeto, as operações e prazos para o cumprimento das ações. Ele se responsabilizará só pôr o cumprimento das ações estratégicas e garantir a execução das ações de forma coerente e sincronizada.

#### Quadro 6- Plano operativo.

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Estimula a mudança de hábitos e estilo de vida.	Melhores condições de vida e saúde.	-Palestras educativas em postos de saúde e na comunidade.	Palestras sobre hábitos alimentares e risco cardiovascular, alimentação adequada.	Médica Enfermagem Nutricionista de NASF	6 meses
Promover melhorias na qualidade de vida.	Melhorias nas condições de vida.	-Atividades educativas: palestras, caminhadas, atividades esportivas.	Abordar o alcoolismo, efeito nocivo de tabagismo, o uso de drogas e complicações para a saúde.	Médica Enfermagem NASF	6 meses
Promover o aumento de conhecimentos da população sobre o risco cardiovascular.	População mais informada. Melhora na qualidade de vida.	-Atividades educativas: Palestras. -Capacitação dos ACS.	Abordar os fatores de risco cardiovasculares, conhecimentos sobre a hipertensão arterial e diabetes mellitus e complicações renais e neurológicas.	Médica Enfermagem NASF	6 meses

Fonte: Autoria própria

### 7.5.7-Gestão do plano de ação:

Para que o plano de ação seja implementado satisfatoriamente e alcance o êxito é necessário que sua execução este devidamente estruturada para que acompanhe o desenvolvimento das operações.

#### Quadro 7- Gestão de o plano. Viver melhor.

PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
Palestras educativas nas unidades de saúde e das comunidades.	Médica Enfermagem NASF	6 meses	Programa iniciado em nas comunidades.		Não se aplica

Fonte: Autoria própria.

#### Quadro 8-Gestão do plano. Mais Vida.

PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
1). Realizar programas de caminhadas por a saúde, palestra sobre temas de saúde e programas de encontros esportivos e cultural és	Médica Enfermagem NASF	6 meses	Programa iniciado nas comunidades		
2) Capacitação e avaliação dos conhecimentos de os agentes comunitários de saúde.	Enfermagem	6 meses	Programa elaborado, não iniciado		
3) Atividades de promoção de saúde nas unidades de atenção de saúde e das comunidades	Médica. Enfermagem NASF Agentes Comunitários.	6 meses	Programa elaborado não iniciado nas comunidades		

Fonte: Autoria própria.

**Quadro 9- Gestão do plano. Mais conhecimento.**

<b>PRODUTOS</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>NOVO PRAZO</b>
-Atividades educativas: Palestras.  -Capacitação dos ACS.	Médica  Enfermagem  NASF	6 meses	Programa elaborado e não concluído.		

**Fonte: Autoria própria.**

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardiovasculares causam uma elevada mortalidade no Brasil e no mundo; e seus fatores de risco são considerados pouco importantes pela população. Observando-se essa problemática nas comunidades rurais analisadas durante a realização da proposta de intervenção.

A consulta realizada pela equipe de saúde Rural 1 dos cadastros dos pacientes foram dá muito importantes, pois fez com que a equipe de saúde se reunisse, analisasse esses cadastros e chegasse à conclusão que, por meio das visitas domiciliares e ações educativas realizadas nas salas de espera, é possível orientar as pessoas sobre a importância da realização dos exames periódicos e promover uma melhor qualidade de vida, com mais saúde, para essa população.

É importante destacar o papel de toda a equipe da Estratégia Saúde da Família na vigilância dos fatores de risco que conduzem as doenças crônicas não transmissíveis, na planificação e desenvolvimento de ações assistenciais, educacionais de saúde para melhorar e controlar o estado de saúde e o atendimento da população, usuária do SUS.

Não só devem realizar-se intervenciones para as DCNT a nível população, os sistemas sanitários nacionais és deveriam levar cabo intervenciones para as pessoas que já padecem DCNT ou correm o risco de desenvolve-las.

Estudos sobre DCNT há demostrado que centrar-se em a prevenção e o tratamento precoce de as doenças cardiovasculares conduze um descenso de as taxas de morbimortalidade na população.



## REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. 2010. Disponível em: < [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/uba\\_mg](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/uba_mg) >. Acesso em: 4 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica da doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 10. (Cadernos de Atenção Básica 14)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. : il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 7- 8. (Cadernos de Atenção Básica 16)

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

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm> >. Acesso em: 4 mar. 2015.

**Diretrizes de prática clínica para o tratamento da hipertensão**. *Rev Esp Cardiol* 2007. Disponível em: <<http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/25v60n09a13109650pdf001.pdf>>. Acesso em 21 nov. 2015.

FRANÇA, S. B. L. **Alimentação e Doenças Cardiovasculares**. 2014. p. 5.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316990&search=minas-gerais|uba|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 8 marz. 2015.

NOBRE, F. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. *Arq Bras Cardiol*. 2010. p. 1-51.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a situação mundial de as doenças não transmissíveis 2010**. Resumem de orientação. Disponível em: < [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf) >. Acesso em: 16 jun. 2015.

**PAHO. A conexão ente a saúde buco dental e das doenças cardiovasculares.** Rev Panam Saúde, v. 6, 1999.

Disponível em: <  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49891999000600010](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000600010)  
>. Acesso em: 2 fev. 2016.

**Plano Municipal de Saúde 2010-2013, Ubá. Minas de Gerais.** 2013.

Disponível em: <  
<http://www.uba.mg.gov.br/>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M. **Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares.** Rev Bras Med Esporte, v. 8, n. 6, p. 244-54, nov/dez. 2002. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/PDF/rbme/v8n6/v8n6a06.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE UBA. SIAB/ **Sistema de informação da Atenção Básica, 2015.** Acesso em: 4 mar. 2015.

SANS, M. S. **A prevenção cardiovascular: uma razão de peso?** Rev Esp Cardiol, v. 60, n. 12, dez. 2007. Disponível em: <  
<http://www.revespcardiol.org/es/la-prevencion-cardiovascular-una-razon/articulo/13113926/>>. Acesso em: 21 de nov. 2015.

VEGA, A. J.; GUIMARA, N. M.; VEGA, A. L. **Risco cardiovascular, uma ferramenta útil para a prevenção das doenças cardiovasculares.** Rev Cub Med Geral, v. 27, n. 1, ene/mar. 2011. Disponível em: <  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100010)>. Acesso em: 8 jun. 2015.