

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

NEYDA GUADALUPE CASTRO NARANJO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE DE
VIDA AO RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO PELA DOENÇA
DE CHAGAS– EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO RENASCER,
MUNICÍPIO DE JENIPAPO DE MINAS, 2013**

**ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS
2015**

NEYDA GUADALUPE CASTRO NARANJO

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA AO RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO PELA DOENÇA DE CHAGAS – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO RENASCER, MUNICÍPIO DE JENIPAPO DE MINAS, 2013

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: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS

2015

NEYDA GUADALUPE CASTRO NARANJO

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA AO RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO PELA DOENÇA DE CHAGAS – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO RENASCER, MUNICÍPIO DE JENIPAPO DE MINAS, 2013

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora

Prof. Edison José Corrêa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em: 29 de junho de 2015.

DEDICATÓRIA

Minha mãe, por sua dedicação à família.

Meu filho, pelo impulso a mim proporcionado, pelo seu afeto.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial a professora Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, por seu apoio inabalável e paciência infinita, muito obrigada.

RESUMO

Trypanosoma cruzi infecta cerca de 10 milhões de pessoas, principalmente na América Latina, e mais de 25 milhões apresentam-se em risco de adquirir a doença nas áreas endêmicas. No município de Jenipapo de Minas evidencia-se que os aspectos socioambientais favorecem o acometimento de doenças cardiovasculares, causadas em sua grande maioria pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, parasita causador da doença de Chagas. O objetivo deste trabalho é propor um projeto de intervenção para os portadores de doença de Chagas, com riscos cardiovasculares aumentados, com vistas à melhoria da qualidade de vida aos mesmos. Foi realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com a finalidade de levantar as evidências já existentes sobre o tema. Espera-se que o projeto de intervenção venha contribuir para melhoria da qualidade de vida da população acometida de problemas cardiovasculares.

Descritores: Doença de Chagas. Atenção Primária à Saúde. Cardiopatias.

ABSTRACT

Trypanosoma cruzi infects about 10 million people, mainly in Latin America, and over 25 million are at risk of acquiring the disease in endemic areas. In the municipality Jenipapo de Minas it is evident the social and environmental aspects favor the involvement of cardiovascular disease, caused mostly by *Trypanosoma cruzi* protozoan, parasite that causes Chagas disease. The objective of this work is to propose an intervention project for patients with Chagas disease, with increased cardiovascular risk, in order to improve their life quality. A literature review was conducted in Biblioteca Virtual em Saúde (Health Virtual Library) with the aim to survey the existing evidence on the subject. It is expected that the intervention project will contribute to improve life quality of the affected population on cardiovascular problems.

Descriptors: Chagas disease. Primary Health Care. Heart diseases.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Identificação do município.....	9
1.2 Histórico de criação do município	9
1.3 Descrição do município.....	9
1.3 Aspectos geográficos.....	10
1.4 Aspectos socioeconômicos.....	10
1.5 Aspectos demográficos.....	11
1.6 Sistema educacional	12
1.7 Sistema local de saúde	12
1.8 Unidade Básica de Saúde Nova Renascer	13
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
Objetivo geral.....	16
Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERENCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Jenipapo de Minas está localizado no médio Jequitinhonha, estado de Minas Gerais, com área correspondente a 284 453 km². Fica localizado a 590 km de Belo Horizonte.

1.2 Histórico de criação do município

Iniciou-se graças ao povoamento que se formou próximo à Capela São Sebastião, construída por Manoel Rodrigues, David Lisboa e outros em 1931. Seus primeiros moradores foram: o Senhor Bernardino Pinheiro dos Santos, Santos de Caldas, Joaquim da Costa. Dessa forma, o povoamento se intensificou graças à construção da casa do Senhor Manoel Rodrigues, Manoel Porfírio dos Santos, João Vieira Neiva, Generoso Lemes Nascimento, Antônio da Costa Ramalho, Bitenil da Costa Ramalho e Manoel Rodrigues de Miranda.

Devido à grande quantidade de Jenipapeiros existentes ao redor de uma lagoa e às margens do Rio Setúbal, que dava ao local um aspecto pitoresco, recebeu o nome de Jenipapo, este nome permaneceu por muito tempo. Assim, em 30/12/1962, pela lei nº 2764, o povoado foi elevado a distrito (Vila de Jenipapo), pertencente ao município de Francisco Badaró. Porém, depois de sua emancipação político administrativa pela lei nº 12030, acrescentou-se “de Minas” e a partir de 21/12/1995, recebeu o nome de Jenipapo de Minas. Assim, a sede do município localiza-se à margem do rio Setúbal, não muito longe da confluência com o rio Araçuaí.

1.3 Descrição do município

O município de Jenipapo de Minas possui um relevo predominantemente de planície apresentando elevação em pontos isolados, com altitude na zona rural correspondente a 1.200 metros e na zona urbana a 480 metros ao nível do mar. Possui um solo argiloso e areno-argiloso, seu clima é quente e seco e a vegetação

predominante é o cerrado, a caatinga e árvores caducifólias. Limita-se ao norte com Francisco Badaró, ao sul com Novo Cruzeiro, a leste com Araçuaí e a oeste com Chapada do Norte.

1.3 Aspectos geográficos

De acordo com o Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE, 2013), o município possui uma população de 7.479 habitantes, com uma concentração habitacional de 26 pessoas por km². Possui 1.671 domicílios na zona urbana e 3.500 na zona rural. Já de acordo com os dados da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município, a população é de 6.795 habitantes sendo, 2.890 pessoas residentes na zona urbana (43%) e 3.905 na zona rural (57%). Observa-se que a população do município ainda tem um predomínio rural.

1.4 Aspectos socioeconômicos

O setor econômico da área que abrange o Programa Saúde da Família (PSF) é estruturado por pequenas propriedades rurais com criação de bovinos, plantio de cana-de-açúcar para o desenvolvimento da agricultura de subsistência. A região é desprovida de indústrias que possibilitam a geração de empregos e renda o que força grande parte das famílias à migração, para as regiões cafeeiras e canavieiras. O índice de migração chega a 62,0% para os homens e 10,0% para as mulheres que saem da região em busca de salário para sustentação da família e melhores condições de vida. Outro dado que chama a atenção é o grande número de analfabetos, ou seja, de pessoas que não sabem nem mesmo assinar o nome, o que dificulta muito as ações de saúde e a compreensão ao tratamento prescrito. Sem falar que a grande maioria das famílias vive com uma renda de menos de um salário mínimo e algumas só com a renda da bolsa família.

Todas as comunidades que fazem parte do território da Equipe de Saúde da Família Novo Renascer contam, em sua maioria, com escolas municipais, atendendo as séries iniciais. O território da unidade conta também com uma escola estadual que atende até o ensino médio, uma creche mantida pela prefeitura, uma igreja católica, uma igreja evangélica, duas mercearias, um bar, uma quadra poliesportiva.

Em relação aos aspectos culturais, as comunidades têm grupo de danças com danças típicas, de roda e outras.

As fontes de lazer são poucas, podemos citar apenas: atividades educativas escolares, futebol, danças típicas, forró e festas realizadas na comunidade a devoção a algum santo pela comunidade e também festa junina.

O sistema de abastecimento de água do povoado e comunidades é misto, parte da população é abastecida pelas águas do Rio Setúbal, sem tratamento, e parte da população é abastecida por poços artesianos e caixas de captação de água de chuva.

O sistema de saneamento de Jenipapo apresenta 120 famílias com banheiro e despejo de esgoto sanitário em fossa séptica, as demais comunidades não tem acesso a sistema de coleta de resíduos provenientes de esgotamento sanitário, no entanto 486 famílias utilizam fossa ou despejam o esgoto a céu aberto.

O lixo das comunidades que fazem parte do território da unidade onde funciona o PSF do Jenipapo não é coletado nem recebe qualquer tipo de tratamento, no entanto, a comunidade do Jenipapo é atendida com mutirões de limpeza periódicos.

1.5 Aspectos demográficos

Tabela 1 - População da área de abrangência do Programa Saúde da Família Novo Renascer do município de Jenipapo de Minas, segundo a faixa etária referente aos anos de 2012 e 2013.

Faixa de idade (anos) *	2012		2013	
Idade	N.	%	N.	%
Até 1	28	1,16	33	1,36
1 a 5	112	4,6	157	6,48
5 a 10	210	8,7	276	11,39
10 a 15	270	11,24	278	11,47
15 a 20	293	12,20	280	11,56
20 a 50	929	38,69	838	34,59
50 a 60	244	10,16	243	10,03
60 ou mais	315	13,11	317	13,08
Total	2401	100,0	2422	100,0

Fonte: Diagnóstico Situacional do PSF Novo Renascer (*limites superiores exclusivos)

Tabela 2 - População da área de abrangência do Programa Saúde da Família Novo Renascer, do município de Jenipapo de Minas, segundo gênero, referente ao ano de 2013.

Faixa de idade	Masculino		Feminino	
	N.	%	N.	%
Idade (anos) *				
Até 1	17	0,70	16	0,66
1 a 4	65	2,68	92	3,79
5 a 9	132	5,45	144	5,94
10 a 14	95	3,92	183	7,55
15 a 19	135	5,75	145	5,98
20 a 49	367	15,15	471	19,44
50 a 59	115	4,74	128	5,28
60 ou mais	150	6,19	167	6,89
Total	1076	44,42	1346	55,58

Fonte: Diagnóstico Situacional do PSF Novo Renascer (* limites superiores exclusivos)

1.6 Sistema educacional

O sistema de educação dessa área é atendido por escolas da rede estadual e municipal, pré-escolar e creches. A escola estadual atende alunos do ensino fundamental e ensino médio. As escolas municipais atendem alunos do 1º ao 5º ano das séries iniciais. Apesar da existência de uma rede de escolas, no território da UBS ainda há um grande número de analfabetos, pessoas que não sabem assinar o nome, o que dificulta e muito as ações de saúde e a compreensão ao tratamento prescrito.

1.7 Sistema local de saúde

Além disso, a UBS Novo Renascer a comunidade conta com três Unidades Rurais de Saúde para atendimentos às comunidades vizinhas. Essas unidades rurais têm estruturas físicas mínimas e adequadas para o atendimento.

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, seis agentes comunitárias de saúde, uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista e uma técnica da saúde bucal. Os usuários que necessitam de atendimento mais complexo, ou seja, apresentam maior gravidade são encaminhados para Araçuaí e Diamantina.

O atendimento a população é realizada tanto na UBS Novo Renascer como as comunidades rurais que são visitadas semanalmente. Nas unidades rurais conta-se com técnico de enfermagem que atua diariamente e faz os agendamentos para os atendimentos no dia da visita do médico e do enfermeiro.

1.8 Unidade Básica de Saúde Nova Renascer

O município de Jenipapo de Minas possui apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS) onde estão alocadas as duas equipes de saúde da família. Por ser uma cidade de pequeno porte, o acesso poderia ser fácil para toda comunidade: para o atendimento na zona rural temos o suporte do transporte, mas ocorrem falhas que dificultam o acesso da população rural aos serviços de saúde.

A UBS Novo Renascer funciona 24 horas sendo que, das 7:00 às 17:00 horas funciona com o atendimento das duas equipes de saúde da família. Após este horário o atendimento é realizado por médico plantonista e por um técnico de enfermagem.

Quando cursei a disciplina "Planejamento e avaliação das ações em saúde" (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) realizei, juntamente com os demais componentes da equipe de saúde, o diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS Novo Renascer quando foram identificados os principais problemas de saúde da população do território de responsabilidade da equipe que atuo. A seguir foi feita a priorização do problema onde foram destacados os mais importantes, que são relatados no Plano de Intervenção.

Portanto, justifica-se a elaboração do projeto de intervenção com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas de acordo com os problemas mais comuns na comunidade, dos quais se selecionou uma prioridade, para o qual se elaborou o Plano de Intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha desse tema se deu devido ao crescente número de risco vascular tendo como consequência o quantitativo de portadores da doença de Chagas na área de abrangência do PSF Novo Renascer, uma vez que, segundo Torres (2013), a doença de Chagas já deixou de ser um problema exclusivo de países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Com a migração de indivíduos para países europeus, por exemplo, houve a expansão da doença no exterior, contribuindo para a busca de um tratamento mais adequado (TORRES, 2013).

É uma doença típica da pobreza, ligada às condições de vida da população, porque o barbeiro, o inseto transmissor do parasita *Trypanosoma cruzi*, que causa o mal de Chagas, vive nas frestas das casas de pau a pique.

A condição sociogeográfica, da cidade de Jenipapo de Minas, caracterizada por se encontrar no médio Jequitinhonha, cuja situação se dá por uma condição de extrema pobreza, acesso reduzido aos dispositivos públicos de saúde e seguridade social e saneamento, é um agravante para o crescente aumento do vetor de contaminação da doença de chagas, existindo 95 portadores de doença de Chagas em nossa área de abrangência.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Propor um projeto de intervenção para os portadores de doença de Chagas, com risco cardiovascular aumentado, com vistas à melhoria da qualidade de vida aos mesmos.

Objetivos específicos

Propor ações para modificar hábitos e estilos de vida.

Propor ações para melhorar as condições de moradia da população de risco.

Estabelecer medidas para aumentar nível de informação e autonomia da população e oferecer uma atenção integral ao indivíduo e educação em saúde.

Apresentar proposta para melhorar a estrutura dos serviços de saúde, para uma assistência de qualidade aos portadores de doença de Chagas.

Propor ações para obter apoio e parcerias com Fundação nacional de saúde, para apoio diagnóstico, assistência farmacêutica; uso de protocolos para combater focos de triatomíneos e ações de referência e contrarreferência.

4 METODOLOGIA

Foram utilizados os dados do diagnóstico situacional realizado no território da unidade para a priorização do problema objeto deste estudo e ainda os dados existentes na unidade sobre os atendimentos médicos ocorridos.

Para a elaboração do Plano de Intervenção e seus projetos realizou-se uma pesquisa bibliográfica com a finalidade de levantar nas publicações nacionais e internacionais as evidências sobre os riscos cardiovasculares dos portadores de doenças de Chagas e as estratégias a ser realizadas com a finalidade de subsidiar a elaboração do projeto de intervenção com vistas à melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores: Doença de Chagas. Atenção Primária à Saúde. Cardiopatias.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A doença de Chagas é considerada um importante problema de saúde pública no Brasil e requer difusão de informações confiáveis que subsidiem ações de prevenção e controle. Dados analisados no Sistema de Informação sobre Mortalidade apontaram que de todos os óbitos ocorridos no Brasil entre 1999 e 2007 a doença de Chagas foi mencionada no atestado de óbito como causa básica ou associada (MARTINS-MELO *et al.*, 2012).

Estima-se que 10 milhões de pessoas estão infectadas no mundo pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, o agente etiológico da doença de Chagas. A doença de Chagas é endêmica na América Latina, onde mais de 25 milhões de pessoas estão em risco de contrair esta infecção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

A doença de Chagas pode ser transmitida através da excreção de vetores infectados, transfusão de sangue, transplantes de órgãos, transmissão oral e por acidentes de laboratório (DIAS; AMATO NETO; LUNA, 2011).

Quatro casos de infecção pelo *T. cruzi*, infecção aguda foram relatados no estado de Mato Grosso, região Centro-Oeste do Brasil, onde notificação de casos humanos e em caninos foram descritos (PAULA, 2012).

Considerada pela Organização Mundial da Saúde como uma doença negligenciada, a doença de Chagas está relacionada às condições de vida do indivíduo. Endêmica na América Latina, afeta cerca de 12 milhões de pessoas. A infecção, causada pelo parasita *Trypanosoma cruzi*, é transmitida ao homem através das fezes do “barbeiro” depositadas sobre a pele da pessoa, enquanto o inseto pica e suga o sangue. Na década de 1980, o primeiro Inquérito Sorológico Nacional apontava 4,22% de reações sorológicas positivas no Brasil, número que em 2005 não passou de 0,14%. Em 2006 o País recebeu a certificação de interrupção da transmissão para Doença de Chagas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a certificação de que o Brasil havia eliminado *Triatoma infestans*, o principal vetor da doença de Chagas e, assim, conseguiu interromper a transmissão baseada em vetor (OSTERMAYER *et al.*, 2011).

Devido ao controle, tanto do principal vetor e da transmissão através de transfusão, a transmissão vertical tornou-se um dos principais modos de transmissão da doença de Chagas (GONTIJO *et al.*, 2009). A maioria dos casos de transmissão congênita provável no Brasil tem sido encontrada nos estados do Rio Grande do Sul e Minas Gerais, como mostrado em um inquérito sorológico realizado no período de 2001 a 2008 (OSTERMAYER *et al.*, 2011).

O Nordeste segue o ritmo do Brasil na diminuição de casos da doença, mas é a segunda região com mais contaminações do país. Em 2011, dos 168 episódios registrados pelo Ministério da Saúde, 10 foram no Nordeste – sendo nove no Maranhão e um no Piauí –, enquanto no Sul não houve nenhum caso e no Sudeste foi registrada uma ocorrência da doença de Chagas. A região com situação mais crítica no país é o Norte, onde 148 casos foram apontados. Apesar da significativa redução da incidência da doença, novos casos foram relatados nos últimos anos por meio da transmissão oral, em especial nos estados do Maranhão e Piauí. Este fato nos coloca em alerta para realização de campanhas de prevenção, uma vez que esta via tem sido negligenciada pelas campanhas do governo (BRASIL, 2013).

Apesar das conquistas, o Ministério da Saúde identificou, em 2011, 168 novos casos de Chagas, que nas últimas décadas acompanhou o ritmo da globalização e deixou de ser uma doença restrita às zonas rurais, sendo encontrada também em grandes centros urbanos, sobretudo nas áreas mais desassistidas. “A falta de interesse de empresas farmacêuticas para produzir drogas que afetam a população pobre, bem como o baixo investimento em pesquisa básica e ensaios clínicos, contribuem para que ela continue sendo uma doença esquecida, ou seja, negligenciada”, define Yara Gomes (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente o tratamento específico para os pacientes identificados com a doença ou portadores. Apesar da atual situação de controle de transmissão vetorial, existem ainda desafios referentes ao diagnóstico e atenção dos portadores da infecção. Nas regiões onde há suspeita da existência do triatomíneo são planejadas capacitações relacionadas ao controle químico, capacitações para discutir aspectos da vigilância para o controle e prevenção da doença nos estados extra-amazônicos (BRASIL, 2013).

Na vulnerabilidade de qualquer enfermidade o controle depende, por um lado, da própria epidemiologia da doença, da forma como é produzida e das condições que a influencia e, por outro lado, do instrumental tecnológico disponível para seu controle.

Considerando o caso da doença de Chagas merecem destaque:

- Não há impossibilidade de proteger a população sob risco por meio de imunização.
- Dada à existência de muitos reservatórios animais, não é, por isso, possível o esgotamento das fontes de infecção.
- As drogas existentes para tratamento etiológico são comprovadamente eficazes apenas em casos de infecção recente, além do fato de que os casos agudos são muitas vezes clinicamente inaparentes.
- O único elo vulnerável na cadeia de transmissão vetorial da infecção chagásica é o próprio vetor. A princípio, estas condições fazem com que se entenda que a doença de Chagas seja pouco suscetível ao controle. No entanto, atributos intrínsecos aos insetos vetores determinam que, ao contrário, seja inteiramente viável a interrupção da transmissão domiciliar, em caráter mais ou menos permanente (SILVEIRA; PINTO; DIAS, 2011).

Clinicamente cães infectados podem desenvolver ambas as fases aguda e crônica da doença, semelhantes às formas humanas; cães são indicados como modelo experimental para a infecção chagásica em seres humanos (BARBABOSA-PLIEGO *et al.*, 2009).

Os cães apresentam frequentemente sintomas clínicos não específicos durante a fase aguda da doença, no entanto, a fase crônica é caracterizada por alterações indicativas de cardiomiopatia dilatada e insuficiência cardíaca direita, observada no eletrocardiograma e ecocardiograma (PASCON; SOUSA; CAMACHO, 2009).

De acordo com Bahia *et al.* (2002) esta apresentação clínica da doença é altamente variável e depende do tipo de estirpe envolvida na infecção, a via de infecção e a carga parasitária. O diagnóstico é baseado na sorologia, exames parasitológicos diretos ou indiretos e em testes moleculares.

Os sinais clínicos tais como edema de membros, paralisia flácida, e a morte aguda foram associados com insuficiência cardíaca e nervoso central. Miocardite e meningoencefalite, em humanos e animais, muitas vezes culminam em morte devido à miocardite. (PAVARINI *et al.* (2009); SILVA *et al.*(2010).

O diagnóstico da doença de Chagas muitas vezes é dificultado por causa das características de um sistema múltiplo de infecção, no entanto, o número de formas tripomastigota na fase aguda suporta o diagnóstico (BARR; GOSSETT; KLEI, 1991).

Transmissão congênita está relacionada com a prevalência de *Trypanosoma cruzi*-infecção na população. O diagnóstico precoce e o tratamento das crianças infectadas são medidas de saúde pública importante. O índice de cura pode chegar a mais de 90% quando o tratamento for iniciado precocemente (ANAIS DO COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE TRYPANOSOMA CRUZI CONGÊNITA INFECÇÃO, 2005). Entre 10 e 40% das crianças não tratadas desenvolvem cardiomiopatia crônica e estão sujeitas a significativa morbidade e mortalidade.

As ações de controle e de mudanças ambientais socioeconômicas e sociais alteraram a situação epidemiológica da doença de Chagas no Brasil.

Segundo Silveira (2011, p. 122)

A transmissão vetorial do *Triatoma infestans* foi interrompida e, por espécies autóctones, foi grandemente reduzida; por via transfusional a transmissão apenas será possível por eventuais falhas na triagem de candidatos à doação de sangue, desde que se logrou a cobertura integral à doação de sangue [...].

A cardiopatia chagásica crônica é responsável pela elevada morbimortalidade da doença. A evolução da doença atinge estágios graves de insuficiência cardíaca com perda da capacidade funcional e qualidade de vida com grande impacto social (FIALHO *et al.*, 2012).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A equipe Nova Renascer, através do diagnóstico situacional da área de abrangência tendo como base o Planejamento Estratégico definiu os problemas principais que atingem sua população, o problema prioritário e um plano de ação baseado no Planejamento Estratégico, A sequência, a seguir, representa o passo a passo do plano:

1º PASSO: definição dos problemas

A equipe Nova Renascer, através do diagnóstico situacional da área de abrangência, tendo como base o Planejamento Estratégico definiu os problemas principais que atingem sua população, destacando:

1. Risco cardiovascular aumentado pela doença de Chagas.
2. Alto índice de analfabetismo.
3. Baixa renda familiar.
4. Ausência de coleta pública do lixo.
5. Ausência de rede de esgoto.
6. Dificuldade de acesso ao serviço de saúde por parte da população, especialmente a rural.
7. Rotatividade do profissional médico.
8. Risco de proliferação do mosquito *Aedes*.
9. Elevado número de portadores de Chagas e hipertensão.
10. Grande número de pessoas portadoras de parasitoses.
11. Ausência de tratamento da água.
12. Elevado número de tabagistas.

2º PASSO: priorização dos problemas

Após a definição, a equipe realizou a priorização dos problemas, através dos seguintes critérios: importância do problema, sua urgência e a capacidade do grupo para enfrentá-lo.

O Quadro 1 demonstra a relação dos problemas selecionados pela equipe Nova Renascer, bem como os critérios utilizados para essa seleção.

Quadro 1 - Classificação para os problemas identificados no diagnóstico situacional do Programa Saúde da Família Novo Renascer, em 2003.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	1
Elevado número de portadores de Chagas e hipertensão	Alta	7	Parcial	2
Elevado número de tabagistas	Alta	7	Parcial	2
Risco de proliferação do mosquito <i>Aedes</i>	Alta	6	Parcial	3
Ausência de coleta do lixo	Alta	6	Parcial	3
Ausência de rede de esgoto	Alta	6	Parcial	3
Grande número de portadores de parasitoses	Alta	5	Parcial	4
Ausência de tratamento da água	Alta	5	Parcial	4
Baixa renda	Alta	4	Fora	5
Dificuldade de acesso	Média	4	Fora	5
Alto índice de analfabetismo	Média	4	Fora	5
Rotatividade do profissional médico	Média	3	Fora	6

3º PASSO: descrição do problema

Após a priorização e definição do problema prioritário – necessidade de melhorar a qualidade de vida ao risco cardiovascular aumentado pela doença de Chagas, realizamos a sua descrição no intuito de compreender melhor sua dimensão e como ele se apresenta na realidade.

Quadro 2 – Descritores do problema doença de Chagas – risco cardiovascular aumentado -- Programa Saúde da Família Novo Renascer, 2013

DESCRITORES	VALORES	FONTES
Portadores de doença de Chagas	95	Registro da Equipe (Ficha A)
Hipertensos cadastrados	207	Registro da Equipe (Ficha A)
Tabagistas	112	Registro da Equipe (Ficha A)
Internações por complicações circulatórias	8	Registro da Equipe (Ficha D)
Óbitos decorrentes de complicações cardíacas	3	Registro da Equipe (Ficha D)

4º PASSO: explicação do problema

Após a caracterização e descrição dos principais problemas da sua área de abrangência, a Equipe Nova Renascer identificou como problema prioritário a necessidade de um plano de intervenção para melhorar a qualidade de vida ao risco cardiovascular aumentado pela doença de Chagas, em função da proliferação e/ou domiciliação de triatomíneos. Conforme visualizado no Quadro 2, ao analisar os problemas segundo os critérios citados, a equipe considerou como primeira prioridade, o risco cardiovascular aumentado que, embora seja o problema classificado como prioridade 2, será o que irá ser enfrentado primeiro. A explicação do problema possibilita identificar as variáveis que interferem nas causas do mesmo, possibilitando intervenções estratégicas e eficazes, e facilitando o trabalho da equipe.

Para esse problema prioritário, foram selecionados os seguintes “nós críticos”, ou seja, problemas intermediários que, solucionados, ajudam a resolver ou resolvem o problema principal:

1. Propor ações para modificar hábitos e estilos de vida.
2. Propor ações para melhorar as condições de moradia da população de risco.
3. Estabelecer medidas para aumentar nível de informação e autonomia da população e oferecer uma atenção integral ao indivíduo e educação em saúde.

4. Apresentar proposta para melhorar a estrutura dos serviços de saúde, para uma assistência de qualidade aos portadores de doença de Chagas.
5. Propor ações para obter apoio e parcerias com Fundação Nacional de Saúde, para apoio diagnóstico, assistência farmacêutica; uso de protocolos para combater focos de triatomíneos e ações de referência e contrarreferência.

Na fase seguinte, elaboração do Plano de Intervenção, a equipe definiu os projetos e operações, os resultados e produtos esperados, as ações estratégicas, os responsáveis por cada operação (gerente de operação), bem como os prazos para a execução do plano. Segue o Quadro 3, que descreve este processo.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Quadro 3 - Plano Operativo da Equipe Nova Renascer – 2013, para melhorar a qualidade de vida ao risco cardiovascular aumentado pela doença de Chagas

Projetos / Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Projeto Vida saudável Modificar hábitos e estilos de vida	Maior conscientização da população quanto à prevenção de riscos e agravos a saúde. Conscientização da população quanto ao acúmulo de lixo e entulhos nos arredores da casa. Redução do número de tabagistas. Redução de incapacidades e mortalidades	Educação em saúde através de programas de rádio, grupos operativos, em escolas, salão comunitário, e em igrejas.	Não é necessário	Enfermeira e Técnica de Enfermagem	Três meses para o início das atividades
Projeto Viva melhor Melhorar as condições de moradia da população de risco	Melhoria habitacional em áreas de risco suscetíveis à domiciliação de triatomíneos. Cuidados de higiene na produção e manipulação artesanal de alimentos de origem vegetal.	Parcerias com Serviço Social, e instituições não governamentais.	Apresentar o projeto e obter apoio da Prefeitura Municipal e da Secretaria de Assistência Social	Enfermeira, Assistente Social, Coordenadora da AJENAI e Irmã de Caridade	Apresentar o projeto em quatro meses, início das atividades em 10 meses
Projeto Saber viver Aumentar nível de informação e autonomia da população; oferecer uma atenção integral ao indivíduo, promover educação em saúde	Conscientização da população sobre os direitos sociais e sobre a prevenção de riscos e agravos	Capacitação de profissionais para promover a educação em saúde, palestras, grupos operativos, etc.	Não é necessário	Enfermeira e Técnica de Enfermagem	Início em três meses

Quadro 3 - Plano Operativo da Equipe Nova Renascer – 2013, para melhorar a qualidade de vida ao risco cardiovascular aumentado pela doença de Chagas (continuação)

Projetos / Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Projeto Qualidade no cuidado</p> <p>Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para uma assistência de qualidade aos portadores de doença de Chagas</p>	Estrutura física dos serviços de saúde mais adequada para o atendimento e ações	<p>Expor as condições da estrutura física da Unidade para o gestor e o Conselho de Saúde, propondo um projeto para melhorar a adequação da mesma.</p> <p>Pactuação de maiores números de exames e consulta especializada.</p> <p>Compra de medicamentos e equipamentos</p>	Apresentar o Projeto de estruturação da Unidade	Enfermeira, Secretário de Saúde/ Presidente do Conselho de Saúde e o Secretário de Finanças	Apresentar o projeto em quatro meses e início das atividades em 10 meses
<p>Projeto Cuidado interligado</p> <p>Apoio e parcerias com FUNASA, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, Uso de protocolos, referência e contra referência (Equipe de saúde x FUNASA) aos focos de triatomíneos.</p>	Eliminação do vetor (barbeiro) causador da doença de Chagas. Mais interação entre a equipe, a FUNASA e a população	<p>Implantação do protocolo clínico para o atendimento ao chagásico, Elaboração de estratégias junto à equipe multiprofissional.</p>	Apresentação de Dados	Enfermeira , O responsável pela FUNASA e a Farmacêutica	Apresentação dos dados em 2 meses e início das atividades em 4 meses

De mesmo modo, vislumbrando ações de prevenção da situação conotada pela equipe de saúde, temos como ações possíveis:

- A orientação de hábitos de prevenção desejáveis, através da intensificação de visitas domiciliares, principalmente nas áreas onde há maior ocorrência de contaminação por doença de Chagas.
- A articulação entre equipe de PSF e demais instâncias do sistema de saúde e poder público municipal, com o intuito de intervir de forma profilática, a causar

melhorias nas estruturas sanitárias e habitacionais, precárias que venham a favorecer os vetores de contaminação.

- Como ação posterior e de caráter intervencionista, a equipe do PSF deve atuar de modo a desenvolver mecanismos de melhora, tanto no atendimento, quanto na condição de autonomia dos portadores da doença, preservando a estes a partir de um controle sistêmico a preservação de sua condição física e funções sociais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Doença de Chagas por ser um problema de saúde pública depende de políticas públicas para o seu enfrentamento.

As ações a serem desenvolvidas na atenção primária são de fundamental importância para o engajamento da população e assim atingirmos o êxito do projeto que se pretende implantar

Espera-se que como o enfrentamento da situação existente no território da unidade, os seus fatores de agravo, possam ser minimizados e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida da população.

REFERENCIAS

ANAIS DO COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE TRYPANOSOMA CRUZI CONGÊNITA INFECÇÃO, Cochabamba, Bolívia, 06-08 novembro de 2002. **Rev Soc Bras Med Trop** .v. 38 (Supl II), p. 1-124, 2005.

BAHIA, M.T. *et al.*. Comparação da infecção pelo Trypanosoma cruzi em cães inoculados com sangue ou metacíclicas tripomastigotas de Berenice-62 e Berenice-78 cepas via intraperitoneal e conjuntival rotas. **Rev INST Med Trop**. V. 35, n. 4, p. 339-45, 2002.

BARBABOSA-PLIEGO, A. *et al.* V. Trypanosoma cruzi que circulam na região sul do Estado do México (Zumpahuacán) é patogênico: um modelo de cão. **Am J Trop Med Hyg**. v. 81, n. 5, p. 390-5, 2009.

BARR, S. C.; GOSSETT, K. A.; KLEI, T.R. Clínica, clínico-patológico, e observação parasitológico da tripanossomíase em cães infectados com norte-americano Trypanosoma cruzi isolados. **Am J Vet Res**. V. 52, 954-60, 1991.

CAMPOS, F.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: UFMG; NESCON/UFMG, 2010, p. 88.

DIAS, J. C. P.; AMATO NETO, V.; LUNA, E. J. A. Mecanismos Alternativos de Transmissão do Trypanosoma cruzi no Brasil e sugestões para sua prevenção. **Rev Soc Bras Med Trop**. V. 44, n. 3, p. 375-9, 2011.

FIALHO, H. P. *et al.* \efeitos deum programa de exercícios sobre a capacidade funcional de pacientes com cardiopatia chagásica crônica, avaliados por teste cardiopulmonar. **Rev Bras Med Trop**. v.45, n. 2, p. 220-24, 2012.

GONTIJO, E. D. *et al.* . . Triagem neonatal da Infecção pelo Trypanosoma cruzi em Minas Gerais, Brasil: Transmissão congênita e Mapeamento das áreas endêmicas. **Epidemiol Serv Saúde**. v. 18, n.3, p. 239-250, 2009.

MARTINS-MELO *et al.* . Causas múltiplas de morte relacionadas à doença de Chagas no Brasil, 1999 a 2007. **Rev . Soc. Bras. Med. Trop**. v.45, n. 5, p. 591-3, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Doença de Chagas (tripanosomíase americana). Março 2015. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/index.html >.

OSTERMAYER , A. L. *et al.* . Inquérito nacional de soroprevalência de avaliação do controle da doença de Chagas no Brasil (2001-2008). **Rev Soc Bras Med Trop** v. 44, (Supl II): 108-121,2011.

PASCON, J.P.E.; SOUSA, M.G.; CAMACHO, A. A. Parâmetros ecocardiográficos de Cães Cronicamente infectados com *Trypanosoma cruzi* (Cepa Colombiana). **Rev Port Ciênc Vet.** v. 104, 2009.

PAULA, A. M. Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas do Estado de Mato Grosso, 2001. Relatório Técnico de 2010 da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso. Cuiabá, 2012. 52p.

PAVARINI, S.P. *et al.* Miocardite chagásica em caninos sem Estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc Rural.* V. 39, n.1, p. 1231-5, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Doença de Chagas. . [Internet]. Brasília (DF): Portal da Saúde. Acesso em: 26 abr. 2013].

Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doenca-de-chagas>

SILVA, A. A. *et al.* . *Trypanosoma* alterações do sistema nervoso central induzida por cruzi: a partir da entrada de células inflamatórias a possíveis alterações cognitivas e psiquiátricas. *J Neuroparasitol.*v. 1, p.1-13, 2010.

SILVEIRA, A. C.; DIAS, J. C. P. O controle da transmissão vetorial. **Rev Soc Bras Med Trop.** v. 44, supl II, p. 52-63, 2011.

SILVEIRA, C. A. Os novos desafios e perspectivas futuras do controle. História da doença de Chagas no Brasil. **Rev Bras Med Trop.** v. 44, Supl II, p. 122-24, 2011.

TORRES, R. **Cura para doença de Chagas em discussão.** Divulgação científica. 18 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/noticias>. Acesso em: 27 jun. 2014.