

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Cristina Pereira Fernandes

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE HIGIENE
PESSOAL E AMBIENTAL DOS USUÁRIOS DA EQUIPE LÍRIO**

Belo Horizonte

2020

Cristina Pereira Fernandes

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE HIGIENE
PESSOAL E AMBIENTAL DOS USUÁRIOS DA EQUIPE LÍRIO**

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

Orientador: Professor Mário Antônio de
Moura Simim

Belo Horizonte

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que aos 23 dias do mês de janeiro de 2021, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **CRISTINA PEREIRA FERNANDES** intitulado “PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE HIGIENE PESSOAL E AMBIENTAL DOS USUÁRIOS DA EQUIPE LÍRIO”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelos professores: Dr. MARIO ANTÔNIO DE MOURA SIMIM e Profa. Dra. ANA MÔNICA SERAKIDES IVO. O TCC foi aprovado com a nota 89.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia vinte e três do mês de janeiro do ano de dois mil e vinte e um e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 26 de março de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 30/03/2021, às 15:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0645167** e o código CRC **46914823**.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde, principalmente aos do SUS-BH, que apesar de todas as dificuldades cumprem a sua missão como profissionais da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a equipe Lírio do Centro de Saúde São José pela participação e apoio neste trabalho e em especial, a minha gerente que sempre se colocou à disposição para ajudar e me deu liberdade para propor novas ideias.

"No significant learning can occur without a significant relationship" - James P Comer

RESUMO

A saúde diz respeito a uma série de fatores ligados à qualidade de vida, que não necessariamente estão ligados diretamente a área da saúde. A Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 nos traz a explicação que os níveis de saúde da população são expressões da organização social e econômica, sendo a saúde influenciada pelos determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais. Este trabalho teve como objetivo apresentar um Plano de Intervenção para melhoria das condições sanitárias das casas e prédios na população atendida pela Equipe de Saúde da Família Lírio, utilizando-se a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados, definição do problema prioritário, dos nós críticos e elaboração das ações na proposta de intervenção. Os nós críticos selecionados para serem enfrentados pela equipe foram os hábitos de higiene corporal e ambiental insuficientes ou inexistentes e o armazenamento do lixo reciclável inadequado. O foco da intervenção será a melhoria nas condições habitacionais e ambientais, e a mudança de comportamento da população na sua relação com o meio ambiente.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Determinantes Sociais da Saúde. Vigilância em Saúde. Vigilância Sanitária. Saúde Ambiental.

ABSTRACT

Health concerns a series of factors linked to quality of life that are not necessarily directly linked to the health area. The Organic Health Law 8080/90 explains that the population's health levels are expressions of social and economic organization, being health influenced by determinants and conditions, such as food, housing, basic sanitation, environment, work, income, education, physical activity, transportation, leisure and access to essential goods and services. This work aimed to present an Intervention Plan to improve the sanitary conditions of houses and buildings in the population served by the Family Health Team Lírío, using the Situational Strategic Planning methodology for quick estimation of the observed problems, definition of the priority problem, critical nodes and elaboration of actions in the intervention proposal. The critical nodes selected to be faced by the team were insufficient or nonexistent body and environmental hygiene habits and inadequate storage of recyclable waste. The focus of the intervention will be on improving housing and environmental conditions, and changing the behavior of the population in its relationship with the environment.

Keywords: Health Unic System. Health Social Determinants. Health Surveillance. Sanitary Surveillance. Environmental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Lírio	22
Figura 1: Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren; Whitehead (1991).....	30
Quadro 2: Desenho das operações e viabilidade/ gestão dos nós-críticos	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Cadastro de Usuários com endereço vinculado ao Centro de Saúde São José – Pampulha.....	16
Tabela 2: Cadastro de Usuários com endereço vinculado à Equipe Lírio do Centro de Saúde São José - Pampulha.....	18
Tabela 3: Perfil Epidemiológico da população da área de abrangência da Equipe Lírio do Centro de Saúde São José - Pampulha	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAPs	Institutos de Aposentaria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.2.1 Organização dos Pontos de Atenção à Saúde.....	14
1.2.2 Principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde.....	15
1.3 Aspectos da comunidade.....	15
1.4 Unidade Básica de Saúde São José	16
1.4.1 Principais problemas relacionados à Unidade Básica de Saúde	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Lírio da Unidade Básica de Saúde São José .	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Lírio	19
1.7 O dia a dia da equipe Lírio.....	20
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	21
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	21
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVO.....	24
4 METODOLOGIA.....	25
5 REFERENCIAL TEÓRICO	26
5.1 Sistema Único de Saúde (SUS).....	26
5.2 Determinantes Sociais de Saúde.....	28
5.2.1 Questões sanitárias de saúde	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	33
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	33
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	34
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERENCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Belo Horizonte foi a primeira cidade totalmente planejada e se tornou a capital do estado de Minas Gerais em 12 de dezembro de 1897. Belo Horizonte fica localizada na região sudeste, com fácil acesso aos principais centros e portos do país por meio extensa malha viária e ferroviária. A capital mineira também está próxima de outras importantes capitais como Brasília, São Paulo e Rio de Janeiro. Belo Horizonte possui área de 331,40 km² com 2.523.794 habitantes, densidade demográfica de 7.615,55 hab/km², Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 2010 de 0,810 (Muito Alto) e expectativa de vida de 76,37 anos (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2020).

O atual prefeito de Belo Horizonte é Alexandre Kalil, do Partido Social Democrático (PSD). O município é dividido em nove regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova) para descentralização das ações administrativas e atendimento ao público. Atuando na esfera legislativa temos a Câmara Municipal composta por 41 vereadores e os Conselhos Municipais compostos por representantes da sociedade civil. A Prefeitura de Belo Horizonte possui autarquias responsáveis por prestação de serviços públicos ao município, sendo elas: Empresa Municipal de Turismo de Belo Horizonte – BELOTUR, Beneficência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – BEPREM, Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte – BHTRANS, Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte – URBEL, Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte – PRODABEL, Superintendência de Limpeza Urbana – SLU e Superintendência de Desenvolvimento da Capital – SUDECAP (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

Belo Horizonte e mais 33 municípios em seu entorno formam a Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), 3^a maior do Brasil e 7^a maior da América Latina. A Região Metropolitana de Belo Horizonte é o centro político, financeiro, comercial, educacional e cultural de Minas Gerais e é responsável por cerca de 40% do total do Produto Interno Bruto (PIB) do estado, sendo os principais produtos de exportação os metais e os metais preciosos. A economia da capital Belo Horizonte é formada principalmente pelo setor de serviços, sendo as principais atividades econômicas o processamento de minérios, indústria, agricultura,

serviços, informática e biotecnologia e medicina (MINAS GERAIS BUSINESS GUIDE, 2019).

No que diz respeito à habitação, 99,7% da população possuem domicílios com água encanada, 99,9% com energia elétrica e 99,7% da população possuem com coleta de lixo. No campo da educação, Belo Horizonte possui Rede Municipal de Educação (RME) que atende mais de 200 mil alunos da Educação Infantil (0 a 5 anos), do Fundamental (6 a 14) e da Educação de Jovens, em mais de 500 estabelecimentos. Atualmente a Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade no município é de 97,6 % (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

Na área de saúde, Belo Horizonte pelo seu nível tecnológico de complexidade (VI) e abrangência estadual, com sua capacidade de oferta de serviços de saúde e referência em determinadas especialidades ambulatoriais e/ou hospitalares para diversos municípios do Estado, é pólo microrregional, regional, macrorregional e estadual. Belo Horizonte utiliza a Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS) e atualmente possui 152 Centros de Saúde com 588 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), cobrindo 80,4% da população, sendo a maior parte da população não coberta pertence ao Baixo Risco (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

Além disso, o município conta com 59 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) cobrindo todas as equipes da ESF. Cada polo de NASF tem no mínimo 200 horas de carga horária profissional, sendo que a escolha das categorias profissionais para cada polo depende da demanda da área adscrita aos Centros de Saúde. Esta equipe multiprofissional pode ser composta por psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico, fonoaudiólogo e assistente social (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

Os serviços de saúde são organizados por meio de sistema integrado de Rede de Atenção à Saúde, cujo coordenador do cuidado é a Atenção Primária à Saúde (APS). O município é dividido em nove distritos sanitários e estes, subdivididos em territórios cuja população é adscrita a uma Unidade Básica de Saúde. Estas unidades fazem parte da APS e é a principal porta de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde, geralmente o primeiro contato com o SUS. A

Estratégia Saúde da Família é o modelo assistencial da APS que é orientada pelos princípios do SUS e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social). A partir do cadastramento e acolhimento das famílias do território é possível conhecer esta população, classificá-la de acordo com o risco de adoecimento (baixo risco, médio risco, elevado risco e muito elevado risco) e planejar as ações necessárias.

Belo Horizonte também conta com unidades da Atenção Secundária e Terciária, que possuem densidades tecnológicas e processos de trabalho diferenciados para complementar o cuidado integral. Na rede de atenção à saúde os serviços de maior densidade tecnológica centralizados enquanto que os serviços de menor densidade tecnológica são descentralizados. O monitoramento do usuário continua sendo realizado pela Atenção Primária mesmo quando ele está em atendimento na Atenção Secundária ou Terciária. Além do conjunto de unidades de saúde nos três níveis de atenção, o município de Belo Horizonte conta com sistema de apoio composto por unidades de apoio assistencial, diagnóstico e vigilância em saúde.

1.2.1 Organização dos Pontos de Atenção à Saúde

O modelo de atenção à saúde de Belo Horizonte se organiza por pela Rede de Atenção à Saúde com serviços distribuídos pelos tipos de práticas de saúde (assistência, prevenção, promoção e reabilitação) e também pelos tipos de unidades de saúde (atenção primária, secundária e terciária). A ESF é o centro norteador do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, possibilitando ao Sistema Municipal de Saúde ser capaz de atender tanto às necessidades clínicas individuais dos usuários, quanto às necessidades gerais da população. Para a Rede de Atenção à Saúde funcionar e ser efetiva na atenção contínua e integral é necessário a pactuação de fluxos de referência e contra-referência.

No município de Belo Horizonte, as referências e contra-referências dos usuários dentro da Rede de Atenção à Saúde são organizadas na lógica dos territórios e linhas de cuidado. As centrais de regulação organizam o acesso aos serviços de acordo com a oferta e a demanda, seguindo critérios de prioridades de

acordo com a classificação do risco. O objetivo é oferecer o serviço adequado e em tempo oportuno.

1.2.2 Principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde

No Sistema Municipal de Saúde de Belo Horizonte um dos principais problemas está relacionado ao volume de usuários atendidos na rede. Por ser o principal polo do estado e possuir rede de saúde completa, o município atende não somente os moradores da cidade, como também de outros municípios.

Somando-se a isso, o crescimento populacional (migração e invasões) e a maior utilização da rede SUS pela população de baixo risco (crise econômica) o sistema fica sobrecarregado. A falta de leitos nos hospitais e o tempo de espera para certas consultas especializadas são os principais pontos da rede em que podemos perceber este fato.

Relacionado à gestão dos recursos humanos e matérias, outro problema é a falta de reposição de profissionais em casos de aposentadoria e licença maternidade e reposição de materiais pelo almoxarifado central.

1.3 Aspectos da comunidade

O bairro Jardim São José é uma comunidade de cerca de 9.875 habitantes localizada na regional Pampulha. O bairro antigamente era uma vila que foi urbanizada, com a construção de 88 blocos e total de 1.408 apartamentos para cerca de 2.400 famílias que viviam em situação de risco social. As obras incluíram o saneamento do córrego do Pastinho, prolongamento da avenida Pedro II até a avenida Tancredo Neves, implantação da avenida João XXIII, da rede de água e esgoto, da área de lazer e convivência, da rotatória em área interna destinada à implantação do BHBus e a abertura de 25 vias locais.

Mesmo após a urbanização a população do bairro continuou com um alto índice de vulnerabilidade social, com muitas pessoas desempregadas e presença do tráfico na região, com rivalidade entre três diferentes grupos. A maior parte da população está classificada como risco Médio, Elevado e Muito Elevado, sendo que parte dela é adscrita ao Centro de Saúde São José e a outra ao Centro de Saúde Padre Tiago.

O bairro possui escolas públicas municipais e estaduais, creches, ONGs, igrejas, equipamentos de esporte e lazer, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e os Centros de Saúde (São José e Padre Tiago). O CRAS organiza um grupo de trabalho com todos estes serviços da região, com o propósito de unir forças e promover uma melhor assistência à população.

1.4 Unidade Básica de Saúde São José

O Centro de Saúde São José, que abriga a Equipe Lírio, fica situado em rua paralela à avenida principal do bairro que faz ligação com o centro da cidade. A estrutura física é própria e foi recentemente reformada. O espaço físico da unidade é bem dividido e existe uma escala de uso dos consultórios pelos profissionais. A área da recepção é ampla e com cadeiras suficientes para todos usuários no horários de pico. A unidade também possui todos os equipamentos e insumos necessários para os atendimentos. Além disso, existe uma sala de reuniões para as equipes e pequenos grupos. Quando a reunião é com um grupo maior, a gerente solicita a utilização do salão da Igreja. A tabela 1 abaixo apresenta o perfil etário de usuários cadastrados na unidade.

Tabela 1: Cadastro de Usuários com endereço vinculado ao Centro de Saúde São José – Pampulha

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
< 1	34	41	75
1-4	235	225	460
5-14	597	594	1.191
15-19	342	353	695
20-29	731	820	1.551
30-39	711	869	1.580
40-49	650	802	1.452
50-59	507	653	1.160
60-69	329	484	813
70-79	205	352	557
≥ 80	153	188	341
TOTAL	4.494	5.381	9.875

Fonte: Bancos de Dados do Tabnet/Fênix; SISREDE (2019)

1.4.1 Principais problemas relacionados à Unidade Básica de Saúde

Na atual gestão, os centros de saúde de Belo Horizonte estão sendo reformados ou recebendo novas sedes. Porém, as unidades não estão livres dos problemas estruturais que podem causar dificuldades no processo de trabalho, tais como falta de equipamentos e materiais.

Contudo, no Centro de Saúde São José os principais problemas não estão relacionados à estrutura física, equipamentos e materiais. Segundo os profissionais da equipe, a circulação das informações não é eficiente, tanto entre os profissionais, quanto com os usuários. Constantemente informações novas chegam e não são repassadas com qualidade a toda equipe da unidade, fazendo com que cada profissional tenha uma resposta para uma mesma pergunta. Isso deixa os usuários confusos e os profissionais em descrédito.

Outro ponto que gera incômodo nos profissionais é a dificuldade em encontrar sala e computador disponível para atendimento ou lançamento de produção. Existe escala de utilização das salas, porém a quantidade excessiva de profissionais, residentes e estagiários compromete a utilização da sala.

Na perspectiva da gestão existe dificuldade dos enfermeiros supervisionar os setores e dificuldade das equipes em realizar o acompanhamento longitudinal dos usuários continuamente. Estes problemas podem ser causados pelo grande volume de trabalho relatado pelos profissionais. Observou-se também a falta de participação da comunidade nos momentos de controle social, como por exemplo na Comissão Local de Saúde.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Lírio da Unidade Básica de Saúde São José

A equipe Lírio do Centro de Saúde São José – Pampulha é composta pelos seguintes membros:

- ✓ 1 Médica: Anna Kelita Gonçalves Garcez;
- ✓ 1 Enfermeira: Sulamita do Carmo Assunção;
- ✓ 1 Técnica de Enfermagem: Cláudia Márcia de Assis Lacerda;
- ✓ 5 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS): Adriana Martins, Maria Elizabeth da Silva Ramos, Miriam Rodrigues Pereira, Rosilene Alves Pereira e Vânia Maria Auxiliadora Silva Romualdo.

A tabela 2 apresenta o perfil etário de usuários cadastrados na unidade, sendo mais concentrado entre as idades 20-29 anos (16%), 30-39 anos (14%) e 40-49 anos (15%).

Tabela 2: Cadastro de Usuários com endereço vinculado à Equipe Lírio do Centro de Saúde São José - Pampulha

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
< 1	8	12	20
1-4	66	61	127
5-14	188	172	360
15-19	93	106	199
20-29	205	227	432
30-39	164	227	391
40-49	192	207	399
50-59	130	166	296
60-69	78	134	212
70-79	72	121	193
≥ 80	56	65	121
TOTAL	1.252	1.498	2.750

Fonte: Bancos de Dados do Tabnet/Fênix; SISREDE (2019)

O perfil epidemiológico dos usuários da equipe (tabela 3) tem maior concentração em “pessoas com sofrimento mental” (n = 473), hipertensos (n = 119) e diabéticos (n = 119). Importante observar que os dados epidemiológicos podem estar subestimados devido ao não preenchimento das informações no sistema.

Tabela 3: Perfil Epidemiológico da população da área de abrangência da Equipe Lírio do Centro de Saúde São José - Pampulha

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	16
Hipertensos	318
Diabéticos	119
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	5
Pessoas que tiveram AVC	2
Pessoas que tiveram infarto	4
Pessoas com doença cardíaca	9

Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	1
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	1
Pessoas com câncer	6
Pessoas com sofrimento mental	473
Acamados	13
Fumantes	2
Pessoas que fazem uso de álcool	38
Usuários de drogas	18

Fonte: Bancos de Dados do Tabnet/Fênix; SISREDE (2019)

O sistema de atendimento eletrônico de Belo Horizonte (SISREDE) possui vários tipos de protocolos de atendimento, entre eles: Demanda Espontânea, Adulto, Asma, Dengue, Diabetes, HAS/Risco Cardiovascular, Mulher, Pré-natal, Saúde Bucal, Saúde Mental. Nesses protocolos existem campos a serem preenchidos pelos profissionais que estão realizando o atendimento. Porém, como o sistema não obriga o preenchimento destas informações, muitas vezes os profissionais deixam de preenche-las e assim os indicadores ficam subnotificados.

A médica da equipe relatou que na área de abrangência da equipe Lírio, a principal causa de óbito tem sido de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), sendo dois casos recentes. Em relação às internações, a principal causa também é a DPOC seguida das doenças cardíacas. Quando se trata das doenças de notificação, a incidência de sífilis é bastante superior às outras.

Importante observar que, apesar da DPOC ser a principal causa de internações e óbitos na equipe Lírio, a condição de saúde que gera maior carga de atendimento pela equipe, é a Saúde Mental. Os pacientes da Saúde Mental demandam mais da equipe, seja para um atendimento individual ou para resolução de problemas.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Lírio

O Centro de Saúde São José atualmente funciona das 06h30 às 18h30 devido à adesão do município de Belo Horizonte ao programa Saúde na Hora do Ministério da Saúde. Este programa visa à ampliação do horário de atendimento das

unidades básicas para aumentar o acesso aos serviços de saúde, principalmente para a população que trabalha.

A agenda de trabalho da médica da equipe Lírio está organizada da seguinte maneira:

- ✓ 50% para Demanda Espontânea;
- ✓ 10% para Consultas Eletivas - Adulto;
- ✓ 10% para Consultas Eletivas - Gestantes;
- ✓ 2,5% para Consultas Eletivas - Mulher;
- ✓ 10% para Consultas Retorno com exames;
- ✓ 10% para Grupo de Renovação de Receita;
- ✓ 2,5% para Visitas Domiciliares;
- ✓ 5,0% para Reuniões.

A agenda de trabalho da enfermeira da equipe está organizada de maneira semelhante à da médica, porém ela não faz as consultas de retorno com exames e nem participa do grupo de renovação de receita. Estes períodos são utilizados por ela para consultas eletivas de crianças.

1.7 O dia a dia da equipe Lírio

A agenda da equipe Lírio fica aberta para o acolhimento da demanda espontânea, de segunda a sexta, a partir das 07h. A demanda programada que é composta pelas consultas eletivas, retornos, grupo, visitas domiciliares e reuniões, geralmente é realizada na parte da tarde.

Devido à grande porcentagem de tempo que a equipe ocupa com o atendimento à demanda espontânea, a mesma não consegue se organizar para realizar outras atividades além das que são corriqueiras.

A equipe Lírio se reúne uma vez por semana, todas as quartas-feiras a tarde, para realizar o planejamento de suas ações. Segundo a médica da equipe, atualmente o único planejamento que fazem é o das Visitas Domiciliares. Nas reuniões a equipe discute os casos para definir as prioridades e fazer a programação das visitas.

De acordo com a médica da equipe, o principal problema relacionado à organização do processo de trabalho da equipe Lírio, é a Demanda Espontânea. Ela

relata que é muito difícil trabalhar com a dita “porta aberta” e ter que dar conta das outras demandas (consultas eletivas, retornos, grupos, visitas domiciliares e reuniões). Por isso, a equipe não tem conseguido planejar nenhuma atividade extra, além das que são cobradas, como uma atividade de promoção da saúde.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Os problemas identificados pela equipe Lírio do Centro de Saúde São José – Pampulha, podem ser divididos em dois grupos, os relacionados a doenças específicas e os socioeconômicos, que são determinantes para a condição de saúde.

Em relação às doenças, os principais problemas da equipe são:

- ✓ Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC);
- ✓ Asma;
- ✓ Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- ✓ Diabetes Mellitus (DM);
- ✓ Doenças Articulares;
- ✓ Saúde Mental.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, foram citados os seguintes problemas:

- ✓ Sujeira das casas/prédios;
- ✓ Desemprego, principalmente nas famílias grandes;
- ✓ Analfabetismo;
- ✓ População de Baixo Risco que não recebe os ACS's;
- ✓ Rotatividade dos moradores dos “predinhos”, cujos apartamentos estão sendo alugados e carga dupla por endereço devido às famílias que se mudam e alugam os apartamentos, mas não querem perder o vínculo com a equipe.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Considerando os problemas listados, a equipe Lírio classificou os mesmos de acordo com o que considera ser os mais graves, ou seja, os mais difíceis de lidar:

1. Sujeira das casas/prédios;
2. Desemprego;
3. Analfabetismo;
4. Rotatividade dos moradores;
5. População de Baixo Risco;
6. Saúde Mental;
7. HAS e DM;
8. DPOC e Asma;
9. Doenças Articulares.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Lírio

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/Priorização
Sujeira das casas/prédios	Alta	7	Parcial	1
Desemprego	Alta	7	Fora	2
Analfabetismo	Alta	5	Fora	3
Rotatividade dos moradores	Média	2	Fora	6
População de Baixo Risco	Média	2	Parcial	5
Saúde Mental	Média	2	Total	4
HAS e DM	Média	2	Total	4
DPOC e Asma	Média	2	Total	4
Doenças Articulares	Baixa	1	Total	7

2 JUSTIFICATIVA

As condições de habitação e ambientais de um município podem implicar em diferentes riscos à saúde (FARIA et al., 2019). Aliado a isso, existem evidências históricas de controle ou eliminação de graves problemas de saúde pela modificação de condições sociais de vida da população (FARIA et al., 2019). Essa abordagem a partir de determinantes sociais visa melhorar a situação da saúde e reduzir desigualdades entre grupos e indivíduos (CARVALHO, 2013). Nesse sentido, é necessário que intervenções coordenadas sejam implementadas nos setores da sociedade que influenciam seus determinantes estruturais (CARVALHO, 2013).

Partindo dessa perspectiva, a Equipe de Saúde da Família Lírio optou por atuar nas questões relacionadas às condições de sujeira no ambiente das casas e prédios das residências da área adscrita da unidade. Além do incômodo que este problema gera na equipe e nos moradores, a sujeira acaba atraindo animais, insetos e pragas que podem causar doenças, e cria ambiente propício para a manifestação de doenças respiratórias.

3 OBJETIVO

Apresentar Plano de Intervenção para melhoria das condições sanitárias das casas e prédios na população atendida pela Equipe de Saúde da Família Lírio.

4 METODOLOGIA

Realizou-se levantamento bibliográfico no Scientific Electronic Library Online (SciELO), em bibliotecas digitais da Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), na Biblioteca Virtual em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) e de órgãos públicos (nacional e municipal). Foram utilizadas as seguintes palavras chave: Sistema Único de Saúde, Determinantes Sociais da Saúde, Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária, Saúde Ambiental.

Este trabalho foi desenvolvido utilizando-se a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (FARIA et al., 2018) para estimativa rápida dos problemas observados, definição do problema prioritário e dos nós críticos e posteriormente, elaboração das ações na proposta de intervenção fundamentadas na revisão de literatura.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

As bases para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foram moldadas ao longo da história pelo esforço de vários atores sociais e sua efetiva consolidação foi uma grande conquista para a população brasileira, possibilitando o acesso universal à saúde como direito fundamental. As primeiras iniciativas de assistência aos trabalhadores, em relação a doença, acidente de trabalho, pensão e aposentadoria, surgiram em 1923 com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), e posteriormente em 1932, com os Institutos de Aposentaria e Pensões (IAPs) que ampliaram a assistência médica com serviços próprios, mas principalmente serviços privados, em resposta às reivindicações dos trabalhadores no governo de Getúlio Vargas (REIS et al., 2012). Em 1965 houve a unificação dos IAPs imposta pela ditadura militar, criando-se assim, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Posteriormente em 1974, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o órgão governamental responsável pela prestação de assistência médica, ainda na lógica de compra de serviços do setor privado e que perdurou até a criação do SUS (REIS et al., 2012). Todos estes sistemas utilizados até então, davam assistência somente aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, não contemplando a totalidade da população brasileira.

Diversos atores sociais iniciaram uma ampla articulação no que foi chamado de Movimento Sanitário Brasileiro, que criticava as políticas de saúde vigentes na época e lutava pela reorganização do sistema por meio de Reforma Sanitária, cuja plataforma política defendia a concepção ampliada dos determinantes sociais no processo saúde-doença e a criação de um sistema de assistência à saúde com acesso universal e gratuito, garantido como um direito a todos os cidadãos brasileiros (CORDEIRO, 2004; REIS et al., 2012). O Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) implementado em 1982, foi o primeiro lampejo dos principais pontos programáticos presentes no SUS (REIS et al., 2012). Este programa enfatizava a Atenção Primária como porta de entrada, a integração em rede das instituições públicas de saúde otimizando sua capacidade com complementação da rede privada quando necessário e a descentralização da administração dos recursos.

Após o fim da ditadura militar, foi realizada em Brasília entre 17 e 21 de março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde com ampla participação social. Consagrou-se a concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e dever do Estado e as propostas apresentadas foram os primeiros passos para a elaboração do que mais tarde viria a ser os princípios do SUS (REIS et al., 2012). No ano seguinte foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) cuja finalidade era descentralizar as ações de saúde através do repasse de recursos pelo Governo Federal aos estados e municípios, para garantir a universalização, equidade e integralidade dos serviços de saúde, aproximando-se assim, do novo sistema que estava para surgir (REIS et al., 2012).

Em 1988 foi promulgada a nova Constituição Federal, que na Seção II, artigos 196 a 200, consolida as propostas apresentadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, estabelecendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). O SUS foi efetivamente criado com a Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e de forma complementar, com a Lei 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990a, 1990b).

Importante destacar, que a base do SUS fundamentou-se em três grandes princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade. O princípio da universalidade reafirma o acesso à saúde como um direito de todos e dever do Estado garantir ações e serviços de saúde em todos os níveis de assistência, da promoção da saúde ao tratamento (BRASIL, 1988, 1990a, 2000). O princípio da integralidade remete ao conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde exigidos para cada caso em todos os níveis de assistência, ou seja, é considerado as necessidades específicas da pessoa ou grupo, articulando o cuidado em rede aumentando o nível de resolutividade (BRASIL, 1990a, 2000). O princípio da equidade, traz à luz a necessidade de reduzir as disparidades sociais por meio das ações e dos serviços de saúde. A equidade é concebida na perspectiva da justiça e no que diz respeito às necessidades de saúde da população brasileira, o SUS enquanto política pública tem um grande potencial de alcançá-la, uma vez que

incluiu milhões de brasileiros no sistema público de saúde (BRASIL, 2000; PAIM, 2006).

Neste trabalho vamos ressaltar a importância da equidade diante da diversidade cultural e social da população brasileira, atribuindo ao SUS um poder de transformação das realidades e desigualdades, juntamente com os princípios da universalidade e integralidade.

5.2 Determinantes Sociais de Saúde

A saúde diz respeito a uma série de fatores ligados à qualidade de vida, que não necessariamente estão ligados diretamente a área da saúde. A Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 nos traz a explicação que os níveis de saúde da população são expressões da organização social e econômica. A saúde é influenciada pelos determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Faz parte dos objetivos e atribuições do SUS, a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, assim como a formulação de políticas de saúde à redução de riscos de doenças e de outros agravos e assistência com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a). Para isso, se faz necessário entender melhor os determinantes sociais.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são um conjunto de condições sociais, econômicas, políticas, ambientais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais de uma determinada população que influencia a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco (BUSS; FILHO, 2007; CARVALHO, 2013). Estas condições estão na maioria das vezes, além da responsabilidade e governabilidade do indivíduo e a redução das desigualdades permite níveis saudáveis de condições de vida, dos quais ninguém deveria viver abaixo. Portanto a equidade em saúde é um reflexo da equidade social, sendo responsabilidade de todos os setores governamentais e da sociedade (CARVALHO, 2013).

O planejamento das políticas públicas de saúde deve procurar entender os determinantes sociais incidentes na população e como estes operam na geração das iniquidades, para saber onde e como intervir e quais resultados podem ser esperados com estas ações. Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS)

criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde e em 2006 foi a vez do Brasil criar a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), cujo objetivo é promover a consciência sobre a importância dos determinantes sociais para a saúde da população e a necessidade do combate das iniquidades por eles geradas (CNDSS, 2008).

O modelo dos DSS mais utilizado é o modelo de Dahlgren; Whitehead (1991), conforme apresentado na figura 1. Neste modelo os DSS são divididos em categorias de acordo com o seu nível de abrangência, partindo dos determinantes individuais até os macrodeterminantes. Na base do modelo está o indivíduo com seus determinantes individuais como idade, sexo e fatores hereditários. No segundo nível está o estilo de vida dos indivíduos, que não podem ser entendidos como de responsabilidade exclusivamente individual, pois recebem influência dos DSS através das propagandas, pressão dos pares, acesso às informações, alimentos saudáveis e espaços de lazer. Isto fica bem representado neste modelo, ao ter o estilo de vida entre o indivíduo e os DSS (BUSS; FILHO, 2007; CNDSS, 2008; VERNASQUE, 2010).

No terceiro nível estão as redes sociais e comunitárias que representam uma rede de apoio ao desenvolvimento das comunidades, cuja coesão social se expressa com a intensidade de sua força. No quarto nível estão as condições de vida e de trabalho, como habitação, serviços sociais de saúde, água e esgoto, desemprego, ambiente de trabalho, educação e produção agrícola e de alimentos. Na quinta e última camada estão os macrodeterminantes que são as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, que influenciam todas as demais camadas e é influenciada pela globalização (BUSS; FILHO, 2007; CNDSS, 2008; VERNASQUE, 2010).

Figura 1: Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren; Whitehead (1991)



Fonte: CNDSS, 2008, p.14

A saúde é importante em si mesma e como um meio para o ser humano alcançar o bem-estar em todas as dimensões da sua vida, e a perpetuação da pobreza nas gerações é um obstáculo à melhoria da saúde da população e à redução das desigualdades (CARVALHO, 2013). O entendimento da saúde a partir do olhar sobre os DSS no processo saúde-doença, possibilita uma ampliação do campo da saúde e a necessidade do fortalecimento do trabalho intersetorial para produção de políticas públicas mais efetivas. Este parece ser o maior desafio para a saúde coletiva, estabelecer um diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento.

5.2.1 Questões sanitárias de saúde

Em 2018 foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) de caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Esta política contempla toda a população no território nacional, porém priorizando os grupos de maior risco e vulnerabilidade visando superar as desigualdades sociais e de saúde através de intervenções intersetoriais. Considerando seu caráter transversal, a PNVS articula os conhecimentos dos setores da vigilância em saúde do trabalhador, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental.

A vigilância em saúde do trabalhador visa a promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades dos trabalhadores decorrentes dos processos produtivos e de trabalho. A vigilância sanitária intervém nos problemas sanitários visando eliminar ou diminuir os riscos à saúde, controlando a prestação de serviços e bens de consumo compreendidas em todas as etapas e processos de produção, consumo e descarte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Apesar de aparentar ter uma atuação mais isolada, a vigilância sanitária possui interfaces com as outras vigilâncias, uma vez que suas ações integram o conceito ampliado de saúde e as políticas públicas de saúde coletiva. No Brasil temos a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, cuja responsabilidade é coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) que é um subsistema do SUS (COSTA et al., 2008).

A vigilância epidemiológica detecta mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde e recomenda as medidas a serem adotadas para prevenção e controle das doenças e agravos à saúde. A vigilância em saúde ambiental detecta mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana e recomenda as medidas a serem adotadas para promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de risco das doenças e agravos à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Existe uma relação muito forte entre as vigilâncias epidemiológica e saúde ambiental, sabe-se através dos estudos epidemiológicos que existe uma relação causal entre os fatores ambientais e as doenças, além do papel importante das transformações ambientais na modificação de padrões no processo saúde-doença (RIBEIRO, 2004). O estudo da saúde ambiental permite identificar os impactos ambientais, de ações humanas ou não, e suas consequências para a saúde da população. Com isso, é possível traçar estratégias para evitar ou controlar estes impactos, protegendo a saúde das gerações presentes e futuras (RIBEIRO, 2004).

Parte da população brasileira possui condições sanitárias e ambientais precárias e estão mais vulneráveis às doenças infectocontagiosas. A pobreza gera condições que facilitam a disseminação de doenças transmissíveis ao mesmo tempo em que dificulta o acesso adequado à assistência da saúde. No Brasil, doenças como tuberculose, hanseníase, leishmaniose tegumentar, leishmaniose visceral e malária tem maior ocorrência nos municípios mais pobres, mais desiguais e com

maior aglomeração domiciliar. Os municípios com maiores proporções de domicílios com condições de saneamento inadequadas apresentaram maior ocorrência de leishmaniose tegumentar, leishmaniose visceral e hanseníase (GARCIA; SILVA, 2016). Por outro lado, esta mesma população é suscetível às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), gerando uma dupla carga nesta população (RIBEIRO, 2004).

O acesso a um meio ambiente ecologicamente equilibrado é direito garantido pela constituição, sendo objetivo das políticas de meio ambiente a diminuição das disparidades regionais, equiparando os fatores de risco ambientais aos quais os sujeitos estão expostos. A saúde ambiental é importante não só na luta contra a degradação ambiental, mas também da justiça ambiental através do incentivo às políticas públicas e ações de desenvolvimento sustentável, que exige grandes transformações, principalmente no comportamento humano (RIBEIRO, 2004). As iniciativas de desenvolvimento socioeconômico sustentável realizadas em parceria do poder público com a comunidade, geram um sentimento de corresponsabilidade na população, ampliando sua autonomia e envolvimento na construção da consciência sanitária e no exercício do controle social.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado pela equipe Lírio (sujeira das casas/prédios), para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações para cada causa selecionada como “nós crítico”, assim como o projeto, os resultados esperados, os produtos esperados e os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Na área de abrangência da equipe Lírio, existem duas ruas em particular (Damascos e Macieiras) que possuem problema em relação à sujeira. Estas duas ruas pertencem a área da antiga Vila São José que foi urbanizada e que as famílias foram realocadas nos apartamentos.

As famílias que receberam apartamentos nesta área, vêm utilizando o espaço de moradia para exercício comercial. Na área comum dos prédios é possível observar muitas criações de galinhas, porcos e cavalos. Além disso, muitos moradores desempregados utilizam as áreas internas e externas dos apartamentos para armazenar lixo reciclável que recolhem no bairro, para posteriormente vendê-los.

O problema é que a sujeira gerada pelos animais e pela acumulação de inservíveis, atraindo baratas, escorpiões e outros animais peçonhentos. Além disso, o ambiente é propício para manifestação de doenças respiratórias. Vale lembrar que a principal causa de internação e óbito na área de abrangência da equipe Lírio tem sido DPOC.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Ao analisarmos o problema da sujeira das casas/prédios na área de abrangência da equipe Lírio, percebemos vários fatores que contribuem para esta situação. O fator que a equipe considera mais importante é o alto índice de desemprego que faz com que muitos moradores tenham como fonte de renda a

venda de lixo reciclável. Como os moradores não possuem local apropriado para armazenar este lixo, eles acabam usando as áreas comuns dos prédios e também dentro dos apartamentos.

O desemprego por sua vez é influenciado pela baixa escolaridade dos moradores da área, sendo muitos analfabetos. É fato que quanto maior o nível de escolaridade, maiores são as oportunidades de trabalho e renda. O ambiente socioeconômico e cultural também carrega consigo hábitos da população que também influenciam no problema da sujeira. Apesar da urbanização da vila, os hábitos se mantiveram, como a criação de animais não domésticos (galinha, porco e cavalo) no meio urbano - característica muito comum das populações de vilas e aglomerados - e a falta de cuidados com a higiene, tanto ambiental quanto corporal.

Percebemos que a população adscrita não possui conhecimento da importância dos hábitos de higiene para a saúde e dos cuidados necessários para manutenção do ambiente limpo e saudáveis.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos selecionados para serem enfrentados pela equipe são:

- ✓ Hábitos de higiene corporal e ambiental insuficientes ou inexistentes;
- ✓ Armazenamento do lixo reciclável inadequado.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Para resolução dos problemas identificados pela equipe apresentamos abaixo o desenho das operações para cada nó-crítico separadamente. O quadro 2 é relativo aos nós-críticos.

Quadro 2: Desenho das operações e viabilidade/ gestão dos nós-críticos

Nó crítico	Hábitos de higiene corporal e ambiental insuficientes ou inexistentes	Armazenamento do lixo reciclável inadequado
6º passo (operações)	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas às famílias para conversar sobre a importância dos hábitos de higiene corporal e ambiental e convite para participar das oficinas; - Oficinas de produção de sabão (barra e líquido) para consumo próprio ou vendas; - Oficinas de reaproveitamento de materiais (artesanato); - Oficina de compostagem do lixo orgânico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas aos prédios para conversar com os síndicos sobre a importância da manutenção da limpeza dos apartamentos e das áreas comuns dos prédios e convite para participar da reunião e oficina; - Reunião com SLU e Cooperativas/Associações de reciclagem para viabilização da coleta seletiva no bairro e construção de estrutura de armazenamento e triagem de recicláveis; - Oficina de reutilização de materiais (reciclagem).
6º passo Projeto	<i>Limpeza Geral</i>	<i>Lixo Zero</i>
6º passo resultados esperados	Melhora dos hábitos de higiene corporal e ambiental.	Melhora da limpeza dos prédios.
6º passo produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientização dos usuários; - Melhora do autocuidado; - Viabilização de novas formas de fonte de renda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientização dos usuários; - Organização do trabalho de coleta, armazenamento, triagem e venda de recicláveis de forma cooperativa.
6º passo recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutural: local para realização das oficinas; - Cognitivo: estudo sobre o tema e preparação para as oficinas; - Financeiro: verba para aquisição dos materiais das oficinas; - Político: mobilização das famílias, da equipe e dos equipamentos públicos parceiros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutural: local para realização da reunião e oficinas. Local para construção da estrutura de armazenamento e triagem de recicláveis; - Cognitivo: estudo sobre o tema e preparação para a reunião e oficina; - Financeiro: verba para aquisição dos materiais da oficina e construção da estrutura de armazenamento e triagem de recicláveis; - Político: mobilização dos

		moradores, da equipe e dos equipamentos públicos e privados parceiros.
7º passo viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: verba para aquisição dos materiais das oficinas.	Estrutural: local para construção da estrutura de armazenamento e triagem de recicláveis; Financeiro: verba para construção da estrutura de armazenamento e triagem de recicláveis.
8º passo controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Ator que controla: Gerente do Centro de Saúde São José. Motivação: Favorável.	Ator que controla: SLU. Motivação: Indiferente.
9º passo acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Profissional de Educação Física da Academia da Cidade São José. Dois meses para apresentação do projeto e três meses para iniciar as operações.	Profissional de Educação Física da Academia da Cidade São José. Dois meses para apresentação do projeto e três meses para iniciar as operações.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Gerente do Centro de Saúde São José Mensalmente durante 1 ano	Gerente do Centro de Saúde São José Trimestralmente durante 2 anos

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de determinação social da saúde e da doença, contextualiza a saúde na coletividade sem negar a atenção individual quando necessária. Ele considera não somente a genética das condições de saúde, mas também os determinantes comportamentais e sociais.

Os profissionais da saúde não podem entender a saúde de forma fragmentada e isolada dos outros componentes da vida. Para além da saúde e em consonância com a mesma, outras condições são necessárias para a realização dos indivíduos na vida. No campo físico ou ambiental, as condições de habitação e as condições ambientais podem implicar uma série de riscos à saúde que, estão além da possibilidade de controle por parte dos indivíduos.

As doenças relacionadas às condições sanitárias afetam desproporcionalmente as pessoas que vivem nas comunidades mais pobres e marginalizadas, portanto é preciso contextualizar o processo saúde-doença na coletividade através dos determinantes sociais da saúde e da doença para melhor direcionamento das políticas públicas.

Neste trabalho, o objetivo era apresentar um Plano de Intervenção para melhoria das condições sanitárias das casas e prédios na população atendida pela Equipe de Saúde da Família Lírio. O foco da intervenção seria não somente a melhoria nas condições habitacionais e ambientais, como também a mudança de comportamento da população na sua relação com o meio ambiente.

Espera-se que estas mudanças melhorem as condições de saúde desta população, crie uma relação de cuidado com o meio ambiente através do desenvolvimento sustentável e sirva de exemplo para os moradores dos outros prédios da comunidade.

REFERENCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Informativo. Belo Horizonte, MG, 2019. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/310620#sec-saude>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BAIRROS DE BELO HORIZONTE. Informativo. A Clássica história de BH, 2019. Disponível em: <https://bairrosdebelohorizonte.webnode.com.br/news/a-classica-historia-de-bh/>. Acesso em: 14 out. 2019.

BELOTUR. Informativo. Belo Horizonte Surpreendente, 2019. Disponível em: <http://portalbelohorizonte.com.br/>. Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. DOU, Poder Executivo, Brasília, DF, de 5 de out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU, Poder Executivo, Brasília, DF, de 20 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. DOU, Poder Executivo, Brasília, DF, de 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 17 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2000. 44 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 17 jun. 2020.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

CARRAPATO, Pedro, CORREIA, Pedro e GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. Saúde e Sociedade, v. 26, n. 3, p. 676-689. 2017

CARVALHO, Antônio Ivo. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. In CNDSS. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.

CORDEIRO, Hesio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.343-362, 2004.

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 77p.

COSTA, Ediná Alves; FERNANDES, Tania Maria; PIMENTA, Tânia Salgado. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976–1999). *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.995-1004, mai/jun 2008.

FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; SANTOS, Max André dos. Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 98p.

FARIA, Horácio Pereira de; WERNECK, Marcos Azeredo Furkim; SANTOS, Max André dos; TEIXEIRA, Paulo Fleury. Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019. 92p.

GARCIA, Leila Posenato; SILVA, Gabriela Drummond Marques da. Doenças transmissíveis e situação socioeconômica no Brasil: Análise espacial. Brasília: Ipea, 2016. 56p.

IBGE. Informativo. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>. Acesso em: 14 out. 2019.

MINAS GERAIS BUSINESS GUIDE. Informativo. O Panorama Econômico de Minas Gerais e da RMBH, 2019. Disponível em: <https://minasguide.com/blog/panorama-economico-minas-rmbh/>. Acesso em: 14 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informativo. Política Nacional de Vigilância em Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude>. Acesso em: 10 jun. 2020.

PAIM, Jairnilson. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *SAÚDE E SOCIEDADE*. São Paulo, v. 15, n. 2, p.34-46, mai/ago 2006.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Informativo. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Educação, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/educacao>. Acesso em: 14 out. 2019.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Informativo. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>. Acesso em: 14 out. 2019.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Belo Horizonte: SUS/SMSA, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso; CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. São Paulo: UNIFESP, 2012.

RIBEIRO, Helena. Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. SAÚDE E SOCIEDADE. São Paulo, v. 13, n. 1, p.70-80, jan/abr 2004.

SUA PESQUISA.COM. Informativo. Cidade de Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://www.suapesquisa.com/cidadesbrasileiras/cidade_belo_horizonte.htm. Acesso em: 14 out. 2019.

THE CITIES. Informativo. Cidade de Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://www.thecities.com.br/Brasil/Minas-Gerais/Belo-Horizonte/>. Acesso em: 14 out. 2019.

VERNASQUE, Juliana Ribeiro Silva. Determinantes Sociais da Saúde: os olhares dos profissionais da atenção básica do município de Marília-SP. 2010. 131f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.