

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

YANETSY DE LA CARIDAD HERNANDEZ NAVARRO.

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ESFIVALDO BARBOSA
AMORIM/ MONTE CARMELO-MG**

Uberlândia / Minas Gerais.

2016

YANETSY DE LA CARIDAD HERNANDEZ NAVARRO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESF VIVALDO BARBOSA
AMORIM/ MONTE CARMELO-MG**

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

Orientadora: Prof.^a M^a Marlene das Graças Martins.

Uberlândia - Minas Gerais.

2016

YANETSY DE LA CARIDAD HERNANDEZ NAVARRO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESF VIVALDO BARBOSA
AMORIM/ MONTE CARMELO-MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a M^a Marlene das Graças Martins – Orientadora.

Examinador 2: Prof. Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM.

Aprovado em Belo Horizonte, em 20 de Janeiro de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho:

Aos meus pais, por seus princípios que orientaram minha vida e a vigilância constante na minha educação.

À minha irmã, por ser a razão da minha vida e uma fonte de inspiração constante.

Ao meu esposo, por seu apoio incondicional sempre.

À minha família, que sempre dão muitos incentivos para continuar a missão, sempre ao meu lado pelos caminhos da vida, me acompanhando e principalmente, acreditando em mim. É muito importante a presença de todos ao meu lado, em todos os momentos e aguardar todo o tempo nos dias de ausência.

Obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por nos ter dado força de vontade para nos manter nesse país longe de nossas famílias e sair para frente, além das dificuldades com o idioma português e por estar sempre comigo e tornar meu caminho menos difícil.

À meus familiares queridos por sempre permanecerem ao meu lado e apoiarem mesmo na distância.

À Prof.^a M^a Marlene das Graças Martins, por sua dedicação em querer ensinar todo conhecimento de saúde do Brasil, conhecer todo o idioma português e pela orientação sensível e competente colaborando para meu crescimento profissional.

Agradeço a todos meus colegas de trabalho e em especial, ao Programa Mais Médicos por permitir fazer este curso de especialização.

Aos meus colegas Dr. Leobel Pompa e Dra. Kirenia Milanês Guerrero pela amizade, apoio e convivência harmoniosa.

A todos os que contribuem para fazer desse curso excelente qualidade.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde muito importante no Brasil e no mundo. É uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial -PA $\geq 140 \times 90$ mmhg. Geralmente, está acompanhada de alterações na função e nas estruturas dos órgãos- alvo como: coração, cérebro, vasos sanguíneos e rins, além das alterações metabólicas aumentando a aparição das doenças e os riscos cardiovasculares. A HAS é responsável de por pelo menos 40 % das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronária. Após o diagnóstico de HAS faz-se necessário à mudança no estilo de vida do indivíduo, o que não se configura como tarefa fácil, porém, imprescindível para que o cidadão possa ter qualidade de vida. Este trabalho tem como objetivo geral identificar os principais fatores de riscos da HAS na ESF- Vivaldo Barbosa Amorim no município Monte Carmelo/MG e propor ações para o controle da doença. A metodologia foi por meio de três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. O diagnóstico situacional foi realizado por toda a equipe segundo a proposta do estudo. A revisão da literatura foi feita por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific electronic Library Online (SciELO). Finalmente, elaborou-se um plano de intervenção acerca da HAS como um dos principais problemas de saúde apontados na ESF. As principais propostas apresentadas para os pacientes com HAS foram educação em saúde para aumentar o conhecimento acerca da doença e suas implicações, bem como, adotar modos e estilos de vida saudáveis. Com essas intervenções, esperamos ampliar a assistência aos hipertensos, no sentido de favorecer o acompanhamento sistemático das atividades de prevenção e controle em saúde. Espera-se também, ampliar os conhecimentos dos profissionais atuantes com vistas à melhora da satisfação profissional e qualidade de vida dos pacientes por meio da incorporação atividades físicas e boas práticas alimentares, evitando complicações.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Estilo de Vida. Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a major health problem in Brazil and worldwide. It is a multifactorial disease characterized by high and sustained levels of blood pressure -PA $\geq 140 \times 90$ mmHg. It is usually accompanied by changes in the function and structure of the target organs such as heart, brain, kidneys and blood vessels, in addition to metabolic changes, thus increasing the appearance of cardiovascular diseases and risks. SH and responsible for at least 40% of deaths from stroke and for 25% of deaths due to coronary artery disease. After the diagnosis of hypertension is necessary to change the individual's lifestyle, which is not configured as an easy task, however, essential so that citizens can have quality of life. This work has the general objective prepare an Intervention Project on Hypertension in the catchment area of the team "ESF: Vivaldo Barbosa Amorim," the municipality Mount Carmel / MG, and identify the main risk factors present in patients with hypertension Systemic blood; Identify the reasons which have inadequate lifestyles and describe the most common complications. The methodology has been through three stages: situation analysis, literature review and drafting of the intervention plan. The situational diagnosis was made by all staff as proposed by the study. The literature review was done through the Virtual Health Library (VHL) through the database: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), ScitificElectronic Library Online (SciELO). Finally, we drew up an action plan on the hypertension as one of the major health problems identified in the ESF. The main proposals for patients with SAH were health education to increase knowledge about the disease and its implications, as well as ways and adopt healthy lifestyles. With these interventions, we hope to increase the assistance to hypertensive, to favor the systematic monitoring of prevention and control in health activities. It is also expected, increase knowledge of working professionals with a view to improving job satisfaction and quality of life of patients by incorporating physical activity and good eating habits, avoiding complications.

Keywords: Hypertension. Lifestyle. Health Education. Health strategy.

LISTA DE SIGLAS

- ESF ----- Estratégia de Saúde da Família.
- PT ----- Partido do Trabalhador.
- PNUD----- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
- BPC ----- Benefício de Prestação Continuada.
- DMAE----- Departamento Municipal de água e esgoto.
- IDEB ----- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.
- SAEB----- Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica.
- CRAS ----- Centros de Referência de Assistência Social.
- PDR ----- Plano Diretor de Regionalização.
- USF ----- Unidade de Saúde da Família.
- DML ----- Deposito de materiais de limpeza.
- DM II. ----- Diabetes Mellitus tipo 2.
- LILACS----- Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
- ACS ----- Agente comunitário de Saúde.
- BVS ----- Biblioteca Virtual em Saúde.
- CAPS----- Centro de Atenção Psicossocial.
- HAS----- Hipertensão Arterial Sistêmica.
- IBGE----- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- IDH ----- Índice de Desenvolvimento Humano.
- IMC ----- Índice de Massa Corporal.
- MG----- Minas Gerais.
- NASF----- Núcleo de Apoio da Saúde de Família.
- OMS ----- Organização Mundial de Saúde.
- PACS----- Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- PES ----- Planejamento Estratégico Situacional.
- SciELO----- Scientific Electronic Library Online.
- SIAB ----- Sistema de Informação de Atenção Básica.
- SUS ----- Sistema Único de Saúde
- USF ----- Unidade de Saúde da Família.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Localização de Monte Carmelo- Minas Gerais-----	13
Figura 2. Localização de Monte Carmelo - MG / Brasil-----	14
Figura 3. Redes de atenção à saúde-Monte Carmelo/MG-----	26
Figura 4 - Nós críticos identificados no diagnóstico da ESF -----	37
Figura 5 - Explicação do problema selecionado no diagnóstico -----	38
Figura 6 - Explicações das Consequências da HAS-----	39
Quadro 1 - Evolução do IDH de Monte Carmelo-MG e do Brasil-----	15
Quadro 2 - Taxa de Urbanização de Monte Carmelo. -----	15
Quadro 3 - Comportamento das empresas atuantes e pessoal ocupado em Monte Carmelo. -----	19
Quadro 4 - Total da população do Município de Monte Carmelo – MG -----	19
Quadro 5 - Distribuições da população -----	20
Quadro 6 - Aspectos Demográficos da população total de Monte Carmelo ----	20
Quadro 7 - Recursos Humanos em Saúde: -----	27
Quadro 8 - Total de famílias e pessoas da ESF-----	28
Quadro 9- Distribuição da população por faixa etária -----	30
Quadro 10 - Comportamento das principais doenças referidas -----	30
Quadro 11 - Comportamento da Morbidade referida segundo a micro área ---	31
Quadro 12- Priorização dos Problemas identificados na ESF -----	35
Quadro 13- Desenho de operações para os “nós críticos” identificados no diagnóstico-----	46
Quadro 14 - Recursos críticos para o enfrentamento da HAS na ESF -----	47
Quadro15 - Plano operativo para enfrentamento do problema -----	49
Quadro 16 - Descrição das reuniões para enfrentamento dos problemas-----	50
Quadro 17 - Cronograma para enfrentamento do problema da HAS -----	51

SUMARIO

I- INTRODUÇÃO	11
II- JUSTIFICATIVA	40
III- OBJETIVO GERAL	41
- Objetivos Específicos	41
IV- METODOLOGIA	42
V- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	44
VI- CONSIDERAÇÕES FINÁIS	52
VII- REFERÊNCIAS	53

INTRODUÇÃO

A região a qual se localiza Monte Carmelo, era habitada por índios, conforme provas encontradas em diversos lugares, táxis como: machados de pedra, potes, roletes, etc. Eram índios das tribos "Caiapós" e "Araxá".

O primeiro povoado habitou a região foi em 1840. "Em 1882, o "Arraial" foi elevada a categoria de "Villa", passado a chamar-se "Nossa Senhora do Carmo de Bagagem". Em 1892, a "Vila" e elevada a categoria de cidade e a cidade passou a denominar-se "Monte Carmelo". O nome de Monte Carmelo e em consideração ao local onde se fundou a Ordem de Nossa Senhora do Carmo e também ao monte nas proximidades da cidade. (Fontes: Revista Histórico da Criação do Município Monte Carmelo, 2014 e Informe Publicitário – Prestação de Contas Administração Municipal montecarmelo.mg.gov.br 2014).

Hoje, a cidade possui um IDH de 0,76, próximo ao IDH de Minas Gerais que é de 0,80 (10º). Monte Carmelo é uma cidade da região do Alto do Paranaíba que possui atividades econômicas diversas, na qual se destaca a produção do café, indústria cerâmica, agropecuária, entre outras mais modestas. O município conta com várias instituições de ensino, sendo seis escolas estaduais de ensino fundamental e médio, três instituições de ensino superior particular e uma instituição de ensino superior pública um dos campi da Universidade Federal de Uberlândia. (Fontes: Revista Histórico da Criação do Município Monte Carmelo, 2014 e Informe Publicitário – Prestação de Contas Administração Municipal montecarmelo.mg.gov.br, 2014).

O município está inserido na região ampliada de saúde do Triângulo do Norte, microrregião Patrocínio / Monte Carmelo, ocupa a posição de município pólo (PDRMG), para cinco municípios, sendo eles: Romaria, Estrela do Sul, Grupiara, Douradoquara, Abadia dos Dourados e Irai de Minas. Em algumas especialidades Guimarães e Coromandel.

A distância entre os municípios vizinhos e Monte Carmelo são as seguintes: Romaria 18 km, Abadia dos Dourados 30,1 km, Coromandel 43,4 km, Estrela do Sul 20,7 km, Douradoquara 35,3 km, Irai de Minas 28,4 km, Grupiara 36 km. A distância entre Monte Carmelo e Patrocínio é de 82 km, de Monte Carmelo a Uberlândia é de 108 km, de Monte Carmelo a Araguari é de 99,1 km e de Monte Carmelo a Patos de Minas é de 159 km. (Fontes: Revista Histórico da Criação do Município Monte

Carmelo, 2014 e Informe Publicitário – Prestação de Contas Administração Municipal montecarmelo.mg.gov.br, 2014).

1- IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Nome: Monte Carmelo.

Prefeito: Sr. Fausto Reis Nogueira (PT) (2013–2016).

Secretária Municipal de Saúde: Ismelinda Maria Diniz Mendes.

Coordenadora da Atenção Básica: Mara Cristina França Chagas.

Coordenador da Atenção à Saúde Bucal: Caio Virgílio Amorim Barbosa.

População: IBGE (2010): 45772 habitantes.

1.1 - HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO MONTE CARMELO:

A história de Monte Carmelo começa em tempos remotos, o primeiro povoado data de 1840. A região a qual se localiza Monte Carmelo, era habitada por índios. “Em 1882, o “Arraial” foi elevada a categoria de “Villa”, passado a chamar-se "Nossa Senhora do Carmo de Bagagem". Em 1892, a "Vila" e elevada a categoria de cidade e a cidade passou a denominar-se "Monte Carmelo". O nome de Monte Carmelo e em consideração ao local onde se fundou a Ordem de Nossa Senhora do Carmo e também ao monte nas proximidades da cidade.

Havia aqui, uma generosa fazendeira, D. Clara Chaves, que doou um terreno de seis léguas quadradas aos moradores, para construírem uma capela para Nossa Senhora Do Carmo, de quem era devota. Nesta área, onde hoje é a Praça da Matriz, os moradores fizeram suas casas em torno da primeira Igreja e assim formou-se o “Arraial do Carmo da Bagagem”.

Em seis de outubro de 1882, pela Lei Provincial nº 2927, o “Arraial” foi elevado à categoria de “Vila”, passando a chamar-se “Nossa Senhora do Carmo da Bagagem”.

Em 24 de maio de 1892, pela Lei Estadual nº 23, a “Vila” é elevada à categoria de cidade e em 25 de junho de 1900, pela Lei Estadual nº 286, a cidade passou a denominar-se “Monte Carmelo”.

Monte Carmelo é o nome de uma montanha existente no litoral de Israel, nas proximidades da cidade de Haifa. “Carmelo”, em hebraico, significa “uvas de Deus”, e como Carmo da Bagagem situa-se próximo a um monte semelhante ao da antiga Palestina, onde se encontra a sede da Congregação das Carmelitas, adotaram o nome de Monte Carmelo, em consideração ao local onde se fundou a Ordem de Nossa Senhora do Carmo e também ao monte nas proximidades da cidade. Nessa ocasião o município de Monte Carmelo abrangia cinco distritos de paz: Monte Carmelo (sede), Douradoquara, Irai de Minas, Nossa Senhora D’ Abadia de Água Suja e São Sebastião da Ponte Nova. (Fontes: Revista Histórico da Criação do Município Monte Carmelo, 2014 e Informe Publicitário – Prestação de Contas Administração Municipal (montecarmelo.mg.gov.br 2014).

2-DIAGNOSTICO SITUACIONAL:

2.1-DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO /ASPECTOS GEOGRÁFICOS

O município está inserido na região ampliada de saúde do Triângulo do Norte, microrregião Patrocínio / Monte Carmelo, ocupa a posição de município polo (PDRMG), para cinco municípios, sendo eles: Romaria, Estrela do Sul, Grupiara, Douradoquara, Abadia dos Dourados e Irai de Minas. Em algumas especialidades Guimarães e Coromandel.

Figura 1. Localização de Monte Carmelo em Minas Gerais.



Fonte: Google, 2015.

Figura 2. Localização de Monte Carmelo – MG/ Brasil.



Fonte: Google, 2015.

2.2-ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH):

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países ou determinada região pelo seu grau de "desenvolvimento humano" e para ajudar a classificar os países como desenvolvidos (desenvolvimento humano muito alto), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio e alto) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (PPC) per capita (como um indicador do padrão de vida) recolhidos a nível nacional, tendo como critérios de avaliação os índices de educação, longevidade e a renda per capita. O IDH é utilizado no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e seus valores variam entre 0,4999 (baixo), 0,5 a 0,799 (médio) e acima de

0,8 (alto). Quanto mais próximo de 1,0, melhor é o IDH de determinada região ou país. (Fontes: Revista Histórico da Criação do Município Monte Carmelo, 2014 e Informe Publicitário – Prestação de Contas Administração Municipal montecarmelo.mg.gov.br 2014).

Quadro: 1 - Evolução do IDH de Monte Carmelo, Minas Gerais e do Brasil (2000-2010).

Região	Monte Carmelo	Monte Carmelo	Minas Gerais	
	2000	2010	2000	2010
IDH	0,603	0,728	0,624	0,731
IDH de renda	0,669	0,716	0,680	0,730
IDH Longevidade	0,766	0,868	0,759	0,838
IDH Educação	0,428	0,620	0,470	0,638

Fonte: www.pnud.org.br/idh. 2014.

Taxa de Urbanização:

Taxa de urbanização é a porcentagem de uma dada população que vive na zona urbana. Normalmente, é utilizada em estudos demográficos e estudada em geografia humana.

Quadro: 2 - Taxa de Urbanização de Monte Carmelo.

Taxa de urbanização	87,6 %
Taxa de urbanização entre as mulheres	88,7 %
Taxa de urbanização entre os homens	86,5 %

Fonte: IBGE, 2014.

Renda Média Familiar:

Renda familiar é o somatório da renda individual dos moradores do mesmo domicílio. A Renda familiar per capita é calculada dividindo-se o total de renda pelo número de moradores de uma residência.

A renda mensal familiar per capita é a soma total da renda bruta no mês de todos aqueles que compõem a família, dividida pelo número de seus integrantes. Em caso de idosos ou pessoas com deficiência que residam sozinhas, é garantido o direito ao benefício, desde que atendam a os critérios estabelecidos em legislação que regulamenta o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Os tipos de rendimento que entram no cálculo da renda bruta mensal são salários, proventos, pensões, pensões alimentícias, benefícios de previdência pública ou privada, comissões, pró-labore, outros rendimentos do trabalho não assalariado, rendimentos do mercado informal ou autônomo, rendimentos recebidos do patrimônio, renda mensal vitalícia e Benefício de Prestação Continuada.

Os integrantes que compõem a família para o cálculo da renda familiar mensal per capita são definidos a partir de determinadas relações de parentesco. São elas: conjunto de pessoas que vivem na mesma residência, formado pelo requerente (o idoso ou a pessoa com deficiência); esposo/esposa; companheiro/companheira; filha/filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; irmão/irmã não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; e pai/mãe.

Em casos de pessoas desabrigadas ou em situação de rua, deve ser adotado como referência o endereço do serviço da rede sócio assistencial pelo qual esteja sendo acompanhado, ou, na falta deste, de pessoas com as quais mantém relação de proximidade.

Conforme dados do Ministério do Trabalho e Emprego referentes á 2010, o município contava com um 59,3% de PIB.

Renda Média Familiar: 1,645. (Fontes: Revista Histórico da Criação do Município Monte Carmelo, 2014 e Informe Publicitário – Prestação de Contas Administração Municipal montecarmelo.mg.gov.br 2014).

Porcentagem de Abastecimento de Água Tratada:

Sistema de abastecimento de água na zona urbana no município é suprido pela captação em córregos (55%) e poços artesianos (45 %), suprido pelo Departamento

Municipal de água e esgoto (DMAE). O abastecimento é dividido em seis sistemas principais.

Na zona rural: distrito Celso Bueno (34 km) o abastecimento de água é realizado pelo DMAE de Monte Carmelo e não são cobradas taxas decorrentes do uso da água.

Povoado de Gonçalves (21 km) é feito por meio de um poço profundo, não há tratamento, todas as ruas são abastecidas e não são cobradas tarifas.

Povoado de Perdizes (12 km): é feito pelo DMAE, a captação é feita por meio de um poço profundo e não há tratamento da água.

Buritis do Gonçalves (28 km): há um projeto para a perfuração de um poço profundo.

Brigãozinho (18 km): O abastecimento de água é feito por um poço raso e com reforço do caminhão pipa do DMAE. Não há tratamento da água.

Comunidade Tijuca (15 km): o abastecimento é feito por micro poço e reforço do caminhão pipa. (Fontes: Revista Histórico da Criação do Município Monte Carmelo, 2014 e Informe Publicitário – Prestação de Contas Administração Municipal montecarmelo.mg.gov.br 2014).

Porcentagem de Recolhimento de Esgoto por Rede Pública:

Em 2010 no Município de Monte Carmelo a rede de coleta de Esgoto Sanitário cobria 90,64% dos domicílios; a Coleta do lixo é realizada diariamente, exceto aos sábados, domingos e feriados. A destinação final do lixo e seu tratamento são realizados no aterro sanitário no Mote Carmelo, localizado no Km 25 da rodovia MG 190, prevista até 2021.

Saneamento Básico:

Tabela: 1 – Percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município de Monte Carmelo, 1991-2000.

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água		
Abastecimento	1991	2000
Água		
Rede geral	44,2	59,1
Poço ou nascente	52,6	37,1

(na propriedade)		
Outra forma	3,1	3,9
<hr/>		
Instalação		
Sanitária	1991	2000
<hr/>		
Rede geral de esgoto ou pluvial	35,7	56,0
Fossa séptica	11,1	2,3
Fossa rudimentar	3,8	1,9
Vala	6,7	8,6
Rio, lago ou mar.	-	25,1
Outro escoadouro	17,2	1,5
Não sabe o tipo de escoadouro	0,2	-
Não tem instalação sanitária	25,3	4,7
<hr/>		
Coleta de lixo	1991	2000
<hr/>		
Coletado	33,2	54,1
Queimado (na propriedade)	5,8	23,7
Enterrado (na propriedade)	0,2	1,0
Jogado	47,1	19,6
Outro destino	13,7	1,6
<hr/>		

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 2010.

Principais Atividades Econômicas:

As principais atividades econômicas da cidade é a produção de telhas, tijolos, artefatos cerâmicos e também é destaque na produção de curtume e de embalagens e ainda na produção de café, onde há grãos de altíssima qualidade servindo o Brasil com o café do cerrado carmelitano. O município, juntamente com Araguari, Uberaba e Patrocínio, está no eixo de destaque da produção do melhor café do cerrado para exportação, no Brasil.

Quadro: 3 - Comportamento das empresas atuantes e pessoal ocupado em Monte Carmelo.

Número de Empresas atuantes	1.684 Unidades
Número de unidades locais	1.733 Unidades
Pessoal ocupado assalariado	8.466 Pessoas
Pessoal ocupado total	10.662 pessoas
Salário médio mensal	1,7 Salários mínimos

Fonte: IBGE - Cadastro Central de Empresas IBGE, 2014.

3- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 1:

Total da População: 45772.

Quadro: 4 - Total da população do Município de Monte Carmelo - MG.

Faixa etária	Homens	Mulheres	Total
Menor de 1 ano	314	1153	1467
1-4	1171	283	1454
5-9	1715	1603	3318
10-14	1985	1945	3930
15-19	1980	1982	3962
20-24	2018	1869	3887
25-39	5799	5538	11337
40-59	5830	5761	11591
+ 60	2254	2572	4826
Total	23066	22706	45772

Fonte: IBGE 2010.

A composição etária do município – o número proporcional de crianças, jovens, adultos e idosos é um elemento importante a ser considerado pela gestão municipal. Levando-se em consideração o número total de habitantes em Monte Carmelo, a população com idade acima de 60 anos apresentou um pequeno aumento, reforçando assim, as projeções estatísticas da OMS em que a população de idosos no Brasil aumentará muito nos próximos anos. Segundo a OMS, entre 1950 e 2025 a população de idosos no país crescerá na ordem de 15 vezes enquanto que, no

mesmo período, o crescimento da população mundial será de não mais que cinco vezes. Segundo o Plano Nacional de Saúde: um pacto pela Saúde no Brasil-2005, a população de idosos no Brasil passará de 7,3% em 1991 para 15% em 2025.

Quadro: 5 - Distribuições da população de Monte Carmelo – MG.

População residente - total - rural	5.672 pessoas
População residente - total - urbana	40.100 pessoas

Fonte: IBGE 2010.

Quadro: 6 - Aspectos Demográficos da população total de Monte Carmelo.

N de Habitantes	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60 e +	Total
Urbana	1203	1155	2933	3472	3413	2992	10404	10301	4227	40100
Rural	264	299	385	458	549	895	933	1290	599	5672
Total	1467	1454	3318	3930	3962	3887	11337	11591	4826	45772

Fonte: IBGE 2010.

3.1- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Taxa de Crescimento Anual:

A Taxa de crescimento anual é o percentual de incremento médio anual da população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado. O valor da taxa refere-se à média anual obtida para um período de anos compreendido entre dois momentos, em geral correspondentes aos censos demográficos. Indica o ritmo de crescimento populacional e está influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações. A Taxa de Crescimento da população do Município de Monte Carmelo é de 1,2% ao ano. Sendo que a população do Estado Minas Gerais cresce a uma taxa de 0.9% e no Brasil a taxa é de 1.17% por ano. (Fontes: Revista Histórico da Criação do Município Monte Carmelo, 2014 e Informe Publicitário Prestação de Contas Administração Municipal - montecarmelo.mg.gov.br 2014).

3.2- Densidade demográfica:

Densidade demográfica, densidade populacional ou população relativa é a medida expressa pela relação entre a população e a superfície do território, geralmente aplicada a seres humanos, mas também em outros seres vivos (comumente, animais). A densidade demográfica do município Monte Carmelo é de 35,29 habitantes por km², enquanto no Estado de Minas Gerais é de 33.5 habitantes por km² e no Brasil é de 22.5 habitantes por km². (Fontes: Revista Histórico da Criação do Município Monte Carmelo, 2014 e Informe Publicitário – Prestação de Contas Administração Municipal montecarmelo.mg.gov.br 2014).

3.3- Taxa de Escolarização:

Segundo o IBGE, é a percentagem dos estudantes de um grupo etário em relação ao total de pessoas do mesmo grupo etário, podendo ser líquida ou bruta.

O Município tem alfabetizado de 10 a 14 anos um 96,9 %, de 15 a 19 anos um 96,5 %, de 20 a 49 anos um 85,5 % para um total de alfabetizados de um 78,2 %.

3.4- Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza:

Incidência da Pobreza: 25,57 %

Incidência da Pobreza Subjetiva 21,29 %

O último censo IBGE (2010) denotou que a população residente de pessoas em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda familiar per capita inferior a R\$ 70,00 era de 516 pessoas, equivalente a 1,1% da população municipal. E que as pessoas que possuíam renda mensal de até $\frac{1}{4}$ salário mínimo era e 1458.

Em conformidade com o cadastro único fornecido pela secretaria de ação social, as famílias inscritas cuja renda per capita é inferior a R\$ 70,00 é de 1,168 famílias (3.929 pessoas), o que demonstra aumento deste número.

A solução apontada para a entrada da população extremamente pobre no mercado de trabalho é a capacitação, hoje oferecida gratuitamente para determinados

setores. Estudos e pesquisas apontam que quem possui Bolsa Família corre mais atrás de emprego e capacitação, ao contrário do que muita gente pensa.

3.5- Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil:

Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB):

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um indicador criado pelo governo federal para medir a qualidade do ensino nas escolas públicas. O último (IDEB), realizado em 2013, declara a nota do Brasil sendo 5,2 nos anos iniciais, 4,2 nos anos finais e 3,7 no Ensino Médio.

O Brasil, de acordo com os dados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), atingiu as metas estabelecidas em todas as etapas do ensino básico, anos iniciais e anos finais do ensino fundamental e ensino médio.

Nos anos iniciais (primeiro ao quinto), o IDEB nacional alcançou 5,0. Ultrapassou não só a meta para 2011 (de 4,6), como também a proposta para 2013, que era de 4,9. Nessa etapa do ensino, a oferta é prioritariamente das redes municipais, que concentram 11,13 milhões de matrículas, quase 80% do total. O IDEB para os anos iniciais do ensino fundamental da rede municipal foi calculado em 5.222 municípios. A meta para 2011 foi alcançada por 4.060 deles (77,5%).

Nos anos finais (sexto ao nono) do ensino fundamental, o IDEB nacional atingiu 4,1 em 2011 e ultrapassou a meta proposta, de 3,9. Considerada tão-somente a rede pública, o índice nacional chegou a 3,9 e também superou a meta, de 3,7. De todos os municípios submetidos à avaliação do IDEB para os anos finais do ensino fundamental (cerca de 4,3 mil), 62,5% atingiram as metas, que foram superadas também em todas as regiões do país. Em termos nacionais, incluídos ensino público e particular, foi igualada em 2011 a meta para o ensino médio, de 3,7. O indicador é obtido pelas notas do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb) e pela taxa média de aprovação percentual. Em monte Carmelo o último IDEB, realizado em 2013, foi de 6,5(%), nos últimos anos o município há melhorado o indicador superando a meta proposta (5.5 %).

3.6 - Populações (%) usuária da assistência à saúde no SUS

- 90% da população brasileira são de algum modo, usuária do SUS.

- 28,6% da população é usuária exclusiva do SUS.
- 61,5% usam o SUS e algum outro sistema de atenção.
- 8,7% da população não usa o SUS.

4 - SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

4.1 – Conselho Municipal de Saúde:

O Conselho Municipal de Saúde de Monte Carmelo tem como presidenta do Conselho municipal de Saúde a Ismelinda Magia Diniz Menores; como Vice-presidente tem a: Ernandes Mota Leite; como secretaria tem a: Andreia Cristina Gonçalves. Foi instituído pela lei Municipal 1.568 de 01 de março de 1994 e criado pela Lei Municipal 813 de 27 de Agosto de 2009. Trata-se de um conselho paritário composto por 4 trabalhadores de saúde, 3 prestadores de serviço, 3 gestores e 14 usuários; sendo 50% dos representantes da comunidade, 25% do poder público e 25% são trabalhadores e prestadores de serviços da saúde. É um conselho consultivo – deliberativo e fiscalizador. Tem pelo menos 1 reunião ordinária ao mês, e se necessário, reuniões extraordinárias.

-Orçamento destinado a Saúde:

O orçamento destinado a saúde no município é planejado conforme legislação orçamentária específica e é descrito na Lei orçamentária municipal através do plano orçamentário anual.

4.2- Estratégia de Saúde da Família:

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada em Monte Carmelo - MG no ano de 2000 e hoje conta com 10 equipes cobrindo 100% da população. A ESF tem por objetivo integrar as ações de promoção, vigilância, recuperação e reabilitação de saúde, reorganizar a assistência básica e contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS.

A rede de atenção básica à saúde é composta por 10 Equipes de Saúde da Família tipo I, uma tipo II (cobertura – 73,6%), 5 Equipes de Saúde Bucal, 1 equipe de PACS (cobertura – 6,6%), que são serviços de saúde responsáveis pela atenção básica à saúde através de prevenção e promoção da saúde.

Estas unidades possuem território e população bem definidos. Gerenciam informações dos nascimentos, óbitos, doenças de notificação compulsória. Constroem mapas de recursos, barreiras.

Em Monte Carmelo dimensionamos 1 Unidade de Saúde da Família para aproximadamente cada 3.500 habitantes, com equipes multiprofissionais envolvendo médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras), enfermeiros (com responsabilidades voltadas para as áreas da mulher, criança, adolescentes, adultos, trabalhador e idosos), dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário. Profissionais de apoio completam essas equipes.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF

O apoio à saúde da família NASF 1 conta com duas equipes que são compostas de cinco dos profissionais de nível superior em cada equipe: (Psicólogo; Assistente Social; Fisioterapeuta; Nutricionista; Profissional da Educação Física) vinculado de 11 Equipes Saúde da Família e PACS.

Sistema de Referência e Contra referência y redes de Média e Alta Complexidade.

4.3-Sistema de Referência e Contra referência:

O Sistema de Referência e contra referência da Secretaria Municipal de Saúde funciona dentro do Monte Carmelo; possui duas (02) unidades próprias de referência com atendimento especializado, sendo uma Policlínica, que são unidades de saúde secundárias que concentram ambulatórios de aproximadamente 08 especialidades médicas, conjuntamente com atendimentos de Nutrição, diagnósticos de imagens. E também Centro de Saúde Ilídio Martins Mundim Sobrinho;

1. Policlínica Central - Rua Joaquim Resende, nº 04 - Boa vista 2. Rua do Contorno, nº 153 - Triângulo.

As Policlínicas se somam outros Centros de Referência, que com equipes multiprofissionais têm como papel a atenção à Saúde focada a grupos de risco específicos, tais como:

Rede de atenção psicossocial é composta por um CAPS tipo II, 2 residências terapêuticas (1 masculina e 1 feminina) e um ambulatório de saúde mental no centro de especialidades. Atenção à saúde do trabalhador desempenha suas ações em parceria com a rede de atenção básica (saúde da família), hospitais, pronto socorro, empresas e INSS. As ações são realizadas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem . Há atendimento da equipe em horário noturno (18:00h – 21:00h) nos dias de segunda, terça e quinta-feira. Conta também como uma rede de atenção hospitalar é composta por dois hospitais gerais particulares conveniados ao SUS (81 leitos). Atualmente o município não possui hospital público ou filantrópico. Estes estabelecimentos realizam procedimentos de média complexidade baixa, nas áreas de ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cirurgia, traumatologia e ortopedia.

Sistema de Urgência e Emergência

Na assistência às urgências e emergências possui um Pronto Socorro com capacidade para 16 leitos de observação, serviço de transporte de pacientes em UTI móvel e ambulâncias comuns. Conta ainda com o serviço de SUS Fácil e o Protocolo de Manchester em todas as unidades.

Pronto Socorro Municipal - Rua Odilon Rodrigues, nº 272 - Planalto.

Outras Unidades

Farmácia Municipal

Prestadores de Serviços Conveniados a SMS – Monte Carmelo:

Hospital e Maternidade Virgílio Rosa;

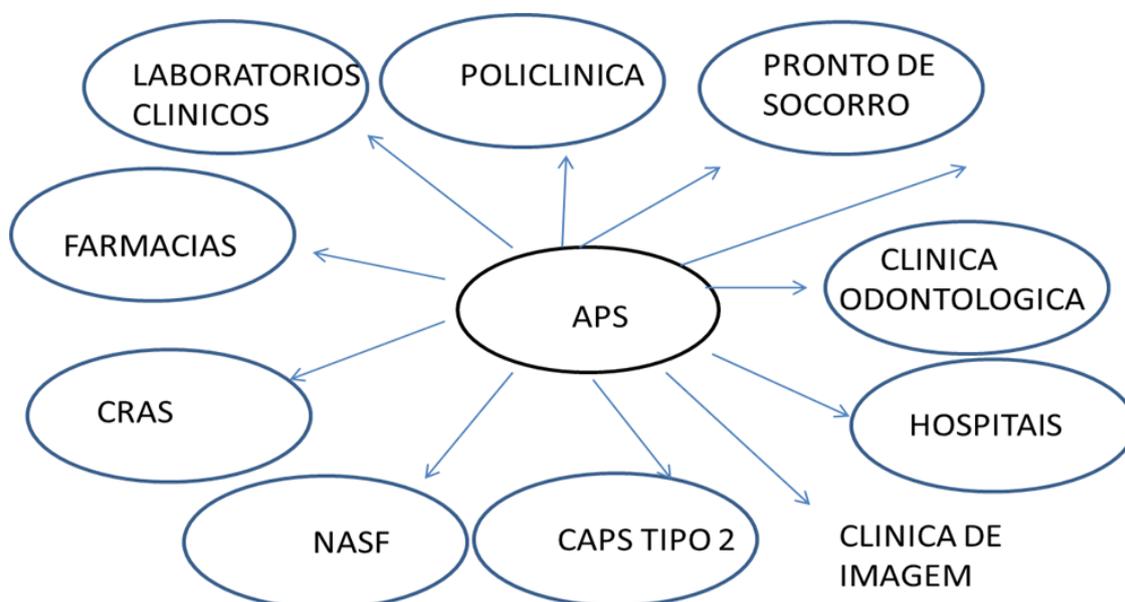
Hospital Santa Terezinha;

Laboratório Santa Clara;

Laboratório Labor monte;

Laboratório Realize.

Figura: 3 - Explicação das Redes de atenção a saúde, Monte Carmelo, 2014.



Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Centro de atenção psicossocial (CAPS)

4.4-Redes de Media e alta Complexidade:

No âmbito dos níveis superiores de assistência à saúde, a organização hierarquizada desses serviços, decorrente da necessidade de escalas na sua provisão como condição de eficiência produtiva, implica a existência de poucos centros (municípios) ofertantes desse tipo de cuidado à saúde. Essa rede hierárquica de serviços do SUS pode, em alguma medida, ser entendida a partir da Teoria do Lugar Central, auxiliar na compreensão da rede urbana de serviços e da relação de oferta e demanda entre os centros e as regiões de influência.

A estrutura de níveis de complexidade/custo no território provoca a existência de fluxos intermunicipais de pacientes para a satisfação da demanda dos serviços de saúde. Nesse contexto, ganha relevância a diretriz de regionalização, uma vez que

ela busca, a partir da organização da oferta dos serviços no território, os princípios de eficiência produtiva e equidade no acesso ao cuidado à saúde. Para formar essa organização regionalizada dos serviços de saúde, o principal instrumento definido pelo Ministério da Saúde é o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

No município funciona a rede de saúde de mediana complexidade devido a que ademais das consultas de medicina geral que prestam as unidades de saúde também prestam assistência pediatras, ginecologistas, cardiologistas, e outros profissionais assim como psicologia, nutrição e fisioterapia com suas respectivas consultas.

As redes de média e alta complexidade estão situadas nas cidades de Uberlândia (principalmente), Uberaba, Belo Horizonte, Brasília, São Paulo, entre outros, principalmente por serviços ofertados em hospitais de referência.

Quadro - 7: Recursos Humanos em Saúde:

Setor	Total
Atenção básica	7
PSF	125
CAPS	15
Controle de endemias	39
Farmácia municipal	8
NASF	7
Odontologia municipal	31
PACS triângulo	15
Policlínica Central	14
Posto buritis	1
Posto Gonçalves	1
Melhor em casa	8
Pronto socorro	99
Residência terapêutica feminina	6
Residência terapêutica masculina	6
Secretaria	13
TFD	12
Vigilância em saúde	1
Vigilância epidemiológica	5
Vigilância sanitária	11
Total	424

Fonte: IBGE 2010.

Carga horária semanal de 40 horas.

Horário de trabalho de 7.00 as 11.00 e 13.00 as 17.00 horas.

5. -TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGENCIA

PSF: Vivaldo Barbosa Amorim (Alto da Vila Nova).

Rua: Rio Grande do Norte # 405. Monte Carmelo.

Número de habitantes: 4442 pessoas.

Quantidade total de famílias: 1476 famílias.

Quadro – 8: Quantidade total de famílias e de habitantes da população por microáreas da ESF: Vivaldo Barbosa Amorim. Monte Carmelo. 2014.

Microáreas	Famílias	Habitantes
01	246	824
02	281	603
03	269	826
04	239	773
05	234	732
06	207	684
Total	1476	4442

Fonte: IBGE 2014.

Microárea-1:

Rua Pernambuco: n/230 a 390. - (116 pessoas).

Rua João Teodoro Borges: n/110 a 372. -(87 pessoas).

Rua Sergipe: n/ 355 a 490. -(86 pessoas).

Rua Paraíba: n/ 148 a 271. - (94 pessoas).

Rua Coronel Virgílio Rosa: n/ 1036 a 1378. -(168 pessoas).

Rua Maranhão: n/ 425 a 645. - (130 pessoas).

Rua Quirino Quadros: n/ 930 a 1249. - (87 pessoas).

Rua Beco Boiadeiro: n/ 80 a 335. - (56 pessoas).

(total de habitantes 824 pessoas e total de famílias 246).

Microárea: - 2:

Rua 02: 78 pessoas.

Rua 03: 98 pessoas.

Rua 04: 80 pessoas.

Rua 05: 118 pessoas.

Rua 06: 116 pessoas.

Rua 07: 58 pessoas.

Rua Lazaro Lourenço: 55 pessoas.

(total de habitantes 603 pessoas e total de famílias 281).

Microárea -3:

Rua Dimas Rezende: 163 pessoas.

Rua Gerônimo Monteiro: 35 pessoas.

Rua Alameda Ásia: 95 pessoas.

Rua Pedro Januário: 30 pessoas.

Rua 12: 46 pessoas.

Rua 11: 157 pessoas.

Rua Quirino Quadros: # 1254 a 1895: 300 pessoas.

(total de habitantes 826 pessoas e total de famílias 269).

Microárea -4:

Rua Rio Grande do Norte: 115 pessoas.

Rua 10: 118 pessoas.

Rua Jose Soares: # 575 a 783 mais # 995: 75 pessoas.

Rua Amapá: 108 pessoas.

Rua Salto da Divisa: 109 pessoas.

Rua Pernambuco: # 425 a 876 mais # 389: 135 pessoas.

Rua Romualdo Rezende: # 1798 a 2263: 113 pessoas.

(total de habitantes 773 pessoas e total de famílias 239).

Microárea-5:

Rua: Rua João Teodoro Borges # 411 a 960: 229 pessoas.

Rua: Paraíba: # 296 a 795: 115 pessoas.

Rua: Goiás: # 1693 a 2110: 143 pessoas.

Rua: Maranhão: # 855 a 971: 63 pessoas.

Rua: Sergipe: # 566 a 1110: 182 pessoas.

(total de habitantes 772 pessoas e total de famílias 234).

Microárea-6:

Rua: Marieta Honorato: 99 pessoas.

Rua: Olegário Dornelas: 187 pessoas.

Rua: Joao Soares: 177 pessoas.

Rua: Jarbas Paranhos: 12 pessoas.

Rua: Vital Rosa Pinto: 209 pessoas.

(total de habitantes 684 pessoas e total de famílias 207).

Quadro - 9: Distribuição da população por faixa etária. ESF: Vivaldo Barbosa Amorim. Monte Carmelo. 2014.

Faixa etária	Homens	Mulheres	Total
Menor de 1 ano	6	8	14
1-4	73	74	147
5-6	57	46	103
7-9	63	75	138
10-14	152	167	319
15-19	141	137	278
20-39	365	805	1170
40-49	399	399	798
50-59	302	387	689
+ 60	324	462	786
Total	1882	2560	4442

Fonte: IBGE 2014.

Predomina o sexo feminino com 2560 os que representam um 57,5%, predomina a faixa etária de 20-39 anos com um 26,7%.

Quadro – 10: Principais doenças referidas. ESF: Vivaldo Barbosa Amorim. Monte Carmelo. 2014.

Doenças	Totais de pacientes	%
HAS	582	13,10
Diabetes Mellitus	140	3,15
Epilepsia	27	0,60
Alcoolismo	15	0,33
Chagas	11	0,24

Hanseníase	1	0,02
------------	---	------

Fonte: IBGE, 2014.

Entre as principais doenças crônicas encontra-se a HAS com 582 pacientes para um 13,10% da população maior de 15 anos de idade ainda por debaixo do comportamento no país que fica acima dos 30 %, a Diabetes Mellitus 140 pacientes para um 3,15% em Brasil a prevalência é de 5 %, por outro lado a Doença de Chagas tem 11 pacientes diagnosticados para um 0,24% de prevalência.

Quadro – 11: Morbidade referida segundo a micro área na área de abrangência da ESF: Vivaldo Barbosa Amorim. Monte Carmelo. 2014.

Morbidade referida	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Total
Alcoolismo	5	2	3	1	1	3	15
Doença de Chagas	4	3	2	1	1	0	11
Deficiência	3	4	3	2	1	0	13
Epilepsia	6	3	5	3	2	8	27
Diabetes Mellitus	23	24	28	34	11	20	140
Hipertensão Arterial	105	114	98	96	94	75	582
Hanseníase	0	0	0	0	1	0	1
Tuberculose	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: IBGE 2014.

Nível de alfabetização:

Nível de alfabetização: O nível de escolaridade é médio, a maioria só chega nível básico e deixa a escola, o nível de escolaridade que predomina é fundamental incompleto representando um 66.5% do total da nossa área.

5.1-Taxa de Emprego e principais postos de trabalho

No Município Monte Carmelo as taxas de empregos são de um 80% da população em Serviço público gerais e auxiliares de produção – Trabalhadores rurais (entre os anos 2006-2010) evoluíram na media do estado e nacional em relação à taxa de emprego. O pessoal q tem dificuldade para conseguir emprego dentro do mesmo município procura ele nas cidades vizinhas, explica se isto por ser Monte Carmelo um município que tem como principais atividades econômicas a produção de telhas, tijolos, artefatos cerâmicos e também é destaque na produção de curtume e de embalagens e ainda na produção de café, onde há grãos de altíssima qualidade servindo o Brasil com o café do cerrado carmelitano. O município, juntamente com Araguari, Uberaba e Patrocínio, está no eixo de destaque da produção do melhor café do cerrado para exportação, no Brasil.

5.2- RECURSOS DA COMUNIDADE

Em nossa comunidade temos 1 posto de saúde (PSF Vivaldo Barbosa Amorim), temos 1 escola municipal, 2 creches municipal, 14 igrejas evangélicas e 2 católicas, campus da Universidade Federal de Uberlândia, pro jovem adolescente, Casa de Recuperação Espaço Semear, Curso de Pintura no Antigo Posto do Jardim Oriente, Serviços existentes: Contamos com luz elétrica, empresa de água, telefonia, correios e Bancos. Além contamos com transporte coletivo e publico que tem acessibilidade a to o município e as principais cidades do estado e fora do mesmo.

6. - ASPETOS EPIDEMIOLOGICOS:

As principais causas de Internação: as principais causas de internação no ano de 2010 - 2014 segundo dados do SIH/DATASUS foram: das complicações da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, AVC e transtornos psiquiátricos.

Principais causas de óbitos: as principais causas de óbitos no ano de 2010, segundo levantamento realizado a partir dos dados das DO's foram: IAM complicações da complicações da Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, AVC, Câncer e acidentes.

7. - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- Inserção na comunidade (localização e acesso):

PSF: Vivaldo Barbosa Amorim (Alto da Vila Nova).

Rua: Rio Grande do Norte # 405.

Transporte coletivo gratuito na área.

Cerca de 90% da população da UBS é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com 1 Unidade de Saúde da Família -USF, localizada em na mesma zona.

6.1- RECURSOS HUMANOS

Na atualidade contamos com um equipe de saúde composto por 17 funcionários sendo 1 enfermeira, 2 técnicas em enfermagem, 1 médico da ESF, 7 Agentes ACS, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 dentista e 1 auxiliar de saúde bucal , todos, com 40 horas de trabalho semanais. Os demais funcionários como 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta e 1 psicóloga, fazem 30 horas de trabalho semanais.

6.2- Horário de funcionamento:

O horário de funcionamento da UBS é de 7: 00 às 17:00 horas, de segundas às sextas-feiras.

6.4- RECURSOS MATERIAIS

Recursos Materiais:

A infraestrutura física da unidade é adequada, ventilação e iluminação adequada; tem uma área física de 743 metros quadrado como total general e dele 146 metros quadrado como área construída. A estrutura é composta de: 1 sala de espera , 1 recepção, 1 sala de curativo, 1 consultório médico, 1 sala de vacinas, 1 sala de fisioterapia, 1 sala de ECG, 1 sala para esterilização, 1 cozinha, 3 banheiros, 1 deposito de lixo 1 sala de Cuidados básicos, 1 sala de reuniam, 1 área de coleta, 1 escovo dromo, 1 sala de lavagem de materiais, tem área externa, DML deposito de materiais de limpeza, registro, consulta de enfermagem, sala para as ACS, entre outras.

7. - PLANO DE AÇÃO

7.1- PRIMEIRO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

A partir do trabalho realizado na comunidade, foi possível o conhecimento das condições socioeconômicas, ambientais e de saúde das crianças e adultos que residem neste ambiente, bem como a utilização de serviços de saúde.

Realizamos uma discussão com a equipe de nossa unidade para conhecer os problemas de saúde da comunidade. A área de abrangência caracteriza-se por estar muito necessitada de atenção em todos os aspectos, não somente em relação à saúde, como também, aos aspectos econômicos, sociais e ambientais.

Definimos vários problemas que apresenta nossa comunidade. Estes são:

- 1-Doenças Crônicas (HAS e DM II)
- 2- Obesidade
- 3- Parasitose
- 4- Alcoolismo
- 5- Doenças Infeciosas Agudas
- 6- Doenças Vasculares Periféricas.
- 7- Transtornos Psiquiátricos.
- 8- Doenças Respiratórias Agudas e Crônicas.
- 9- Gravidez na Adolescência.
- 10- Doenças Gástricas.
- 11-Doenças Diarreicas.

A lista não está relacionada estabelecendo uma ordem de prioridade. Os problemas mais relevantes são as doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a HAS. Realizamos uma discussão em nossa equipe de trabalho com a enfermeira, ACS, técnica e auxiliar de enfermagem para essa determinação.

7.2- SEGUNDO PASSO: PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

- 1-Alta Prevalência de Hipertensão Arterial descompensada.
- 2- Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada.

3- Dislipidemias.

4- Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.

5- Parasitose Intestinal.

Quadro – 12: Priorização dos Problemas identificados na área de abrangência da ESF: Vivaldo Barbosa Amorim. Monte Carmelo, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada.	Alta	7	Parcial	1
Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada	Alta	5	Parcial	2
Dislipidemias	Alta	5	Parcial	3
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.	Alta	4	Parcial	4
Parasitose Intestinal.	Alta	4	Parcial	5

Fonte: ESF: Vivaldo Barbosa Amorim, Monte Carmelo/MG, 2014.

7.3- TERCEIRO PASSO: DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A escolha deste tema deve-se ao grande número de pacientes portadores de HAS, que acomete cada vez mais precocemente a população, implica em complicações para os pacientes, para a equipe e para o sistema de saúde em função das limitações e dificuldades em lidar com essa patologia.

7.4- QUARTO PASSO: EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA:

1-Hábitos e Estilos de Vida Inadequados: É frequente o desenvolvimento das patologias crônicas não transmissíveis em pacientes com estilos de vida inadequados, o que propicia o desenvolvimento das doenças e suas complicações.

2- Nível de conhecimento da população sobre a doença e suas consequências:

Muitas vezes não é suficiente o nível de conhecimento da população, sobre sua doença e as consequências que pode trazer para a saúde, por isso, torna-se muito importante os projetos educativos nas escolas e nas comunidades para fazer uma intervenção preventiva na população vulnerável.

3- Serviços de saúde com estruturas inadequadas para enfrentar a doença e suas consequências:

O processo de atendimento da ESF para o atendimento dos pacientes é eficiente, porém, é difícil o acompanhamento do paciente que faz complicações, devido ao descontrole da hipertensão. Percebe-se que muitas vezes, a falta de emprego, os problemas econômicos, a baixa capacidade de enfrentamento são fatores que impossibilitam a alimentação saudável e a estrutura dos serviços de saúde ainda são inadequados para interferir na complexidade desses problemas de grande peso social.

7.5- QUINTO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS nos CRÍTICOS

1- Hábitos e Estilos de Vida Inadequados.

2- Baixo nível de conhecimento da população sobre a doença e suas consequências.

3- Estrutura dos serviços de saúde inadequados para enfrentar a doença e suas consequências.

Figura: 4 - Explicação dos nós críticos identificado no diagnóstico da área de abrangência da “ESF Vivaldo Barbosa”. 2014.

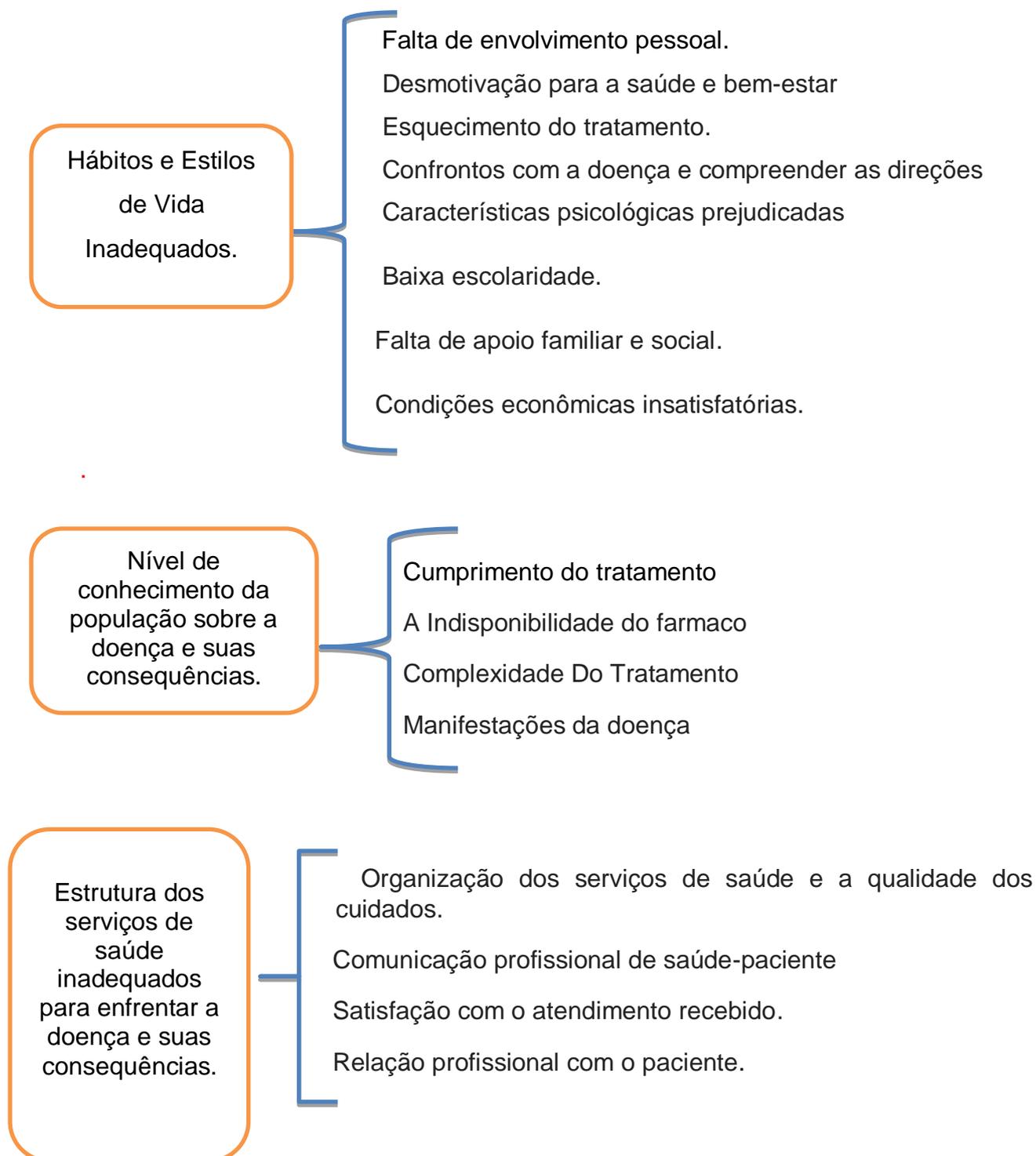


Figura: 5 - Explicação do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da “ESF Vivaldo Barbosa”. 2014.

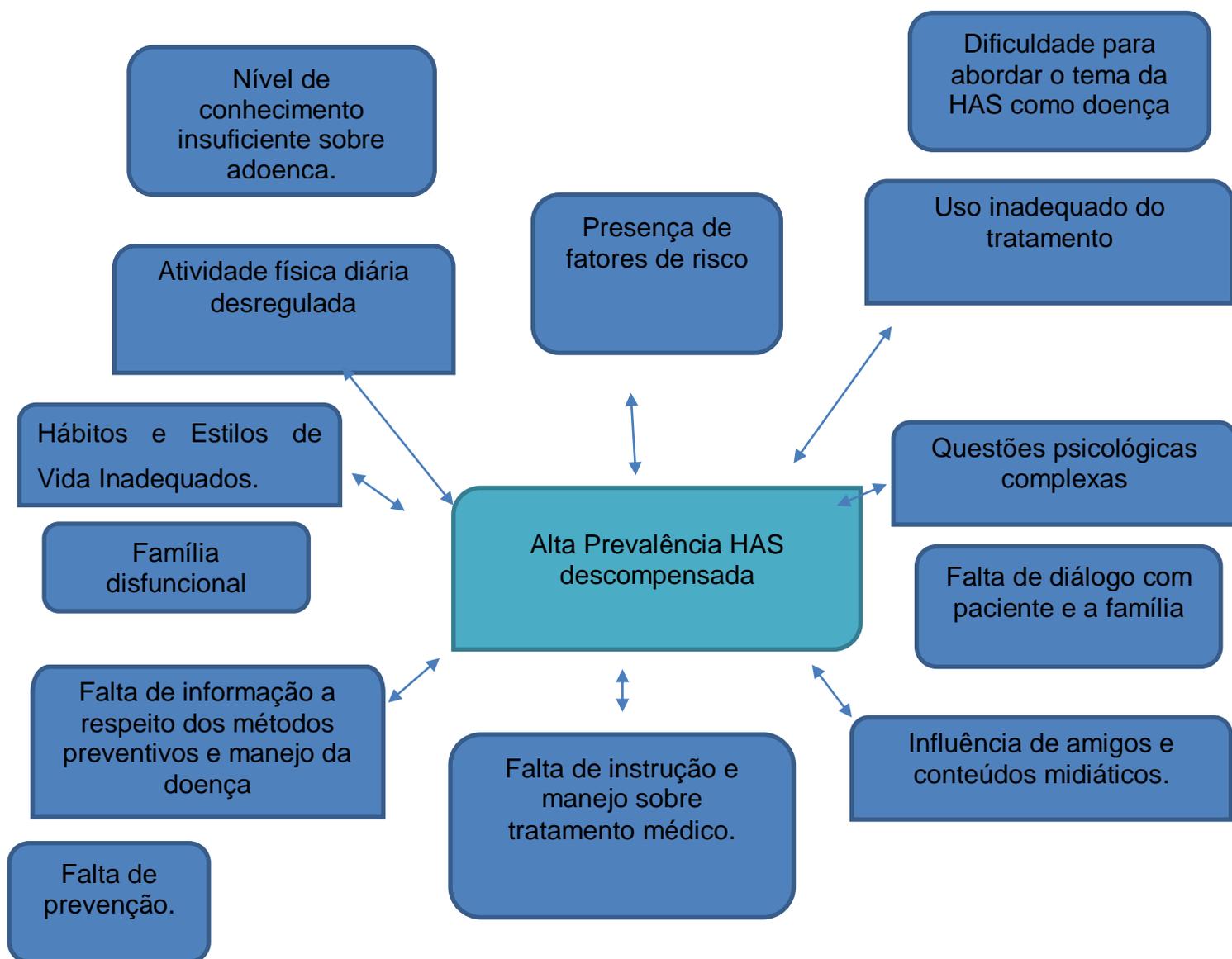
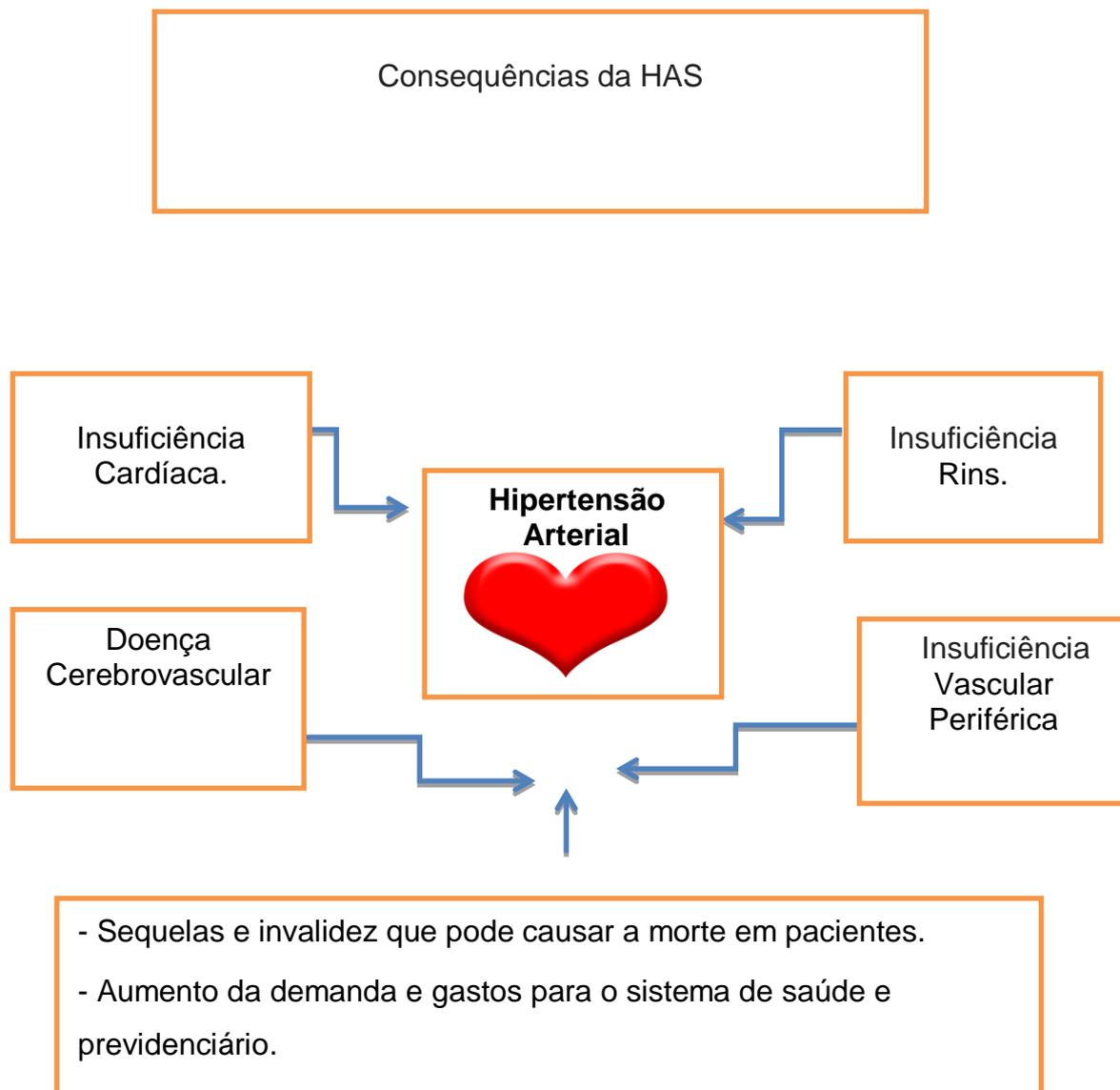


Figura: 6 - Explicações das Consequências da HAS selecionadas no diagnóstico da área de abrangência da “ESF Vivaldo Barbosa”. 2014.



II. JUSTIFICATIVA

A HAS é um grande problema de saúde pública, sendo considerada como um flagelo que prejudica o adequado desenvolvimento de qualquer sociedade. O controle da doença possui relação direta com a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico (ARONOW WS. 2011).

A HAS tem um impacto e uma transcendência realmente significativa na área de abrangência da ESF do estudo e por essa razão, achamos muito importante a proposta de fazer um trabalho de intervenção.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto, a proposta é viável.

III. OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL

Identificar os principais fatores de riscos da HAS na ESF- Vivaldo Barbosa Amorim no município Monte Carmelo/MG e propor ações para o controle da doença.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar os principais fatores de risco presentes nos pacientes com Hipertensão Arterial.
- Identificar os motivos a os quais tem estilos de vida inadequados.
- Descrever as complicações mais frequentes.

IV. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de Iniciação a Metodologia Científica e Seção 2 do Módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Realizou-se o Plano de Intervenção seguindo passos para culminar no Plano de Ação. A seleção seguiu os critérios do PES. Na Equipe Vivaldo Barbosa Amorim, o problema selecionado como prioridade 1 foi a HAS. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi a descrição dos problemas selecionados.

Para descrição do problema priorizado, a Equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores de alguns dos problemas relacionados. Cabe ressaltar as deficiências dos sistemas de informação e necessidades da equipe em produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento. Para lograr a melhor explicação, a equipe considerou importante entender a gênese do problema que estamos enfrentando a partir da identificação das suas causas.

Com o problema bem explicado e identificado suas causas, a equipe considerou necessário pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento, iniciando a elaboração do plano de ação, elaborando um desenho de operacionalização.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

A Equipe identificou os recursos críticos de cada operação.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente foram identificadas três variáveis fundamentais:

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano.
- Quais recursos cada um desses atores controla.
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

A Equipe identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para lograr a elaboração de um plano operativo a Equipe do PSF: Vivaldo Barbosa Amorim, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

V. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônicas degenerativas e causas externas. Nesse contexto, as doenças cardiovasculares passaram a serem as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo, incluindo o Brasil e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular encontra-se a Hipertensão arterial (GUEDES et al.,2011)

Também é conhecido que nas últimas décadas as doenças cardiovasculares (DCV) passaram a ser a principal causa de morbimortalidade nos países desenvolvidos e em segmentos cada vez mais crescentes nos países em desenvolvimento. A HAS é considerada como um importante fator de desenvolvimento destas patologias, já que a HAS associada ao estresse oxidativo é um dos pivôs para tais condições. Neste contexto, alimentos naturais e antioxidantes derivados de alimentos como vitaminas e fotoquímicos fenólicos têm recebido, recentemente, crescente atenção devida sua função quimiopreventiva contra danos oxidativos. (ALMEIDA, G. B. S.; ARAUJO, E. P.; SILVA, G. A. D., 2011).

A HAS não é uma doença genética, mas é caracterizada por alterações no metabolismo dos lipídios em alguns casos, as quais determinam elevações dos níveis plasmáticos de colesterol, em função do aumento da LDL. São descritas mais de 600 mutações envolvidas nos mecanismos de síntese e expressão dos receptores da LDL, o que se traduz em redução ou não funcionamento desses mecanismos. (BUSATO, O.: 14 Jun. 2015).

Os critérios clínicos da HAS podem ser confirmados pela determinação da mutação. Este diagnóstico permite a identificação dessa doença em outros componentes assintomáticos em uma mesma família, podendo-se estabelecer o tratamento adequado da HAS, o que irá prevenir eventos cardiovasculares futuros. A HAS é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento da aterosclerose, embora os mecanismos bioquímicos que estabelecem as conexões entre estes fatores de risco com o processo da aterosclerose ainda não estejam esclarecidos. (CARDIOLOGIA, S. B. de et al. Iii consenso brasileiro de hipertensão arterial:, p. 1–51, 2010).

As medidas não medicamentosas, como mudanças no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas, pois além de reduzir a HAS e, conseqüentemente, as mortalidades cardiovasculares possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas primárias dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar doenças (NOBRE et al, 2010).

As ações de prevenção devem visar estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição tanto individual quanto coletiva ao FR. Apesar das evidências incontestáveis, esses FR relacionados aos hábitos de vida continuam a aumentar, levando ao aumento da incidência, da prevalência e do controle inadequado da HAS na população (BRASIL, 2006).

A implantação de programas multidisciplinares no âmbito do PSF: Vivaldo Barbosa Amorim, envolvendo o acompanhamento do estado de saúde individual e coletivo, além do estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, se mostrou medida eficaz para a redução dos riscos à saúde na população em questão (AMER, MARCON e SANTANA, 2010).

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Desenho das operações:

Após a explicação e identificação das causas consideradas mais importantes, é necessário elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração de um plano de intervenção. Devem ser descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS et al., 2010).

Quadro # 13: Desenho de operações para os “nós críticos” identificado no diagnóstico da área de abrangência da “ESF Vivaldo Barbosa”. 2014.

Nº do Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Estrutura dos serviços de saúde inadequados para enfrentar a doença e suas com seqüências	Melhorar processo de trabalho da equipe de saúde para enfrentar este tipo de atendimento	Aumentar a pratica de exercício físico. Diminuir consumo excessivo de carboidratos, açúcares, sal e gorduras.	Capacitação do profissional da saúde e aumento das consulta e instituições hospitalares para internação do pacientes	-Cognitivas: Elaboração dos protocolos para atendimento. -Político: Mobilização Social e adequação dos programas de saúde. -Financeiro: Folhetos Educativos.
Hábitos e Estilos de Vida Inadequados	Modificar Estilos de vida dos pacientes Por meio de Programas Educacionais	Orientar para a redução do consumo excessivo de carboidratos, açúcares, sal e gorduras. Aumentar a pratica de	Programas Educacionais com população vulnerável.	-Cognitivas: Atividades educativas. -Político: Mobilização Social. - Financeiro: Folhetos

		exercício físico		Educativos
Nível de conhecimento da população sobre a doença e suas consequências.	Aumentar o nível de conhecimento sobre a doença, consequências e os riscos.	Orientar a redução do consumo excessivo de carboidratos, açúcares, sal e gorduras. Aumentar a prática de exercício físico.	Programas Educacionais com população vulnerável.	-Cognitivas: Atividades educativas. -Político: Mobilização Social. -Financeiro: Folhetos Educativos

Fonte: Autora Dra. Yanetsy C Hernandez Navarro, 2014 – 2015.

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas:

Quadro - 14: Recursos críticos para o enfrentamento da HAS: na população assistida na unidade de saúde da família “ESF Vivaldo Barbosa Amorim”. 2014.

Operação projeto	Recursos Críticos
Saber Mais: Fomentar o conhecimento sobre a HAS.	Político: Articulação intersetorial.
Mais Saúde: Modificar hábitos alimentares não saudáveis.	Político: Conseguir um espaço na comunidade para fazer a labor educativa. Financeiro: Recursos financeiros para folhetos educativos, recursos audiovisuais.
Viver Melhor: Proporcionar atividade física supervisionada.	Organizacional: Mobilização social para enfrentar o problema. Político: Articulação das redes, intersetorial e aprovação dos projetos. Financeiro: Recursos financeiros para financiamento do projeto
Linha de cuidado	Político: Aumentar os recursos para enfrentar o problema+ bondade política para aumentar os

	<p>serviços de saúde disponíveis para os pacientes usuários+recursos para estruturação do serviço como equipamentos.</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para financiamento do projeto.</p>
Cuidar melhor	<p>Político: Aumentar os recursos para enfrentar o problema + bondade política para aumentar os serviços de saúde disponíveis para os pacientes usuários.</p> <p>Financeiro: Recursos financeiros para financiamento do projeto</p>

Fonte: Autora Dra. Yanetsy C Hernandez Navarro, 2014 – 2015.

Elaboração do plano operativo:

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las.

É necessário um sistema de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja implementado.

Quadro # 15: Plano operativo para enfrentamento do problema da HAS na unidade de saúde da família “PSF Vivaldo Barbosa Amorim”. 2014.

Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Melhorar processo de trabalho da equipe de saúde para enfrentar este tipo de atendimento	Diminuir consumo excessivo de carboidrato, açúcares e gorduras. Aumentar a pratica de exercícios físicos.	Capacitação do profissional da saúde e aumento das consultas e instituições hospitalares para internação dos pacientes.	Secretária de Saúde do Município e Ministério de Saúde e Ação Social.	Três Meses para apresentação do projeto. 2 Anos para cumprir.
Modificar Estilos	Orientar para a redução do consumo excessivo de carboidrato, açúcares e gorduras. Aumentar a pratica de exercícios físicos.	Programas Educacionais com população vulnerável.	Equipe de Saúde da Cidade.	Três Meses para o inicio das atividades. 1 Ano para cumprir Três Meses para o inicio das atividades. 1 Ano para cumprir
Aumentar o nível de conhecimento sobre a doença e suas consequências.	Orientar a redução do consumo excessivo de carboidrato, açúcares e gorduras. Aumentar a pratica de exercícios físicos.	Programas Educacionais com População vulnerável.	Equipe de Saúde da Cidade.	Três Meses para o inicio das atividades. 1 Ano para cumprir.

Quadro # 16: Temas abordados nas reuniões para enfrentamento do problema da HAS na unidade de saúde da família “PSF Vivaldo Barbosa Amorim”. 2015.

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento e explanação do projeto. • Aplicação do questionário inicial. 	Equipe de Saúde
2º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualização de estilo de vida saudável e comunicação. 	Médica
3º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Uso Do Tratamento Medico. 	Médica
4º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Prática de exercícios físicos na saúde. 	Medica e Enfermeira
5º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Efeito Do Tratamento Medico. 	Medica
6º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Estresse como causa da doença. 	Medica e Enfermeira
7º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão analítica e global do projeto. • Aplicação do questionário final. • Confraternização. 	Equipe de Saúde

Fonte: Autora Dra. Yanetsy C Hernandez Navarro, 2014 – 2015.

Avaliação e Monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões realizadas com toda a equipe de saúde, será debatido o desenvolvimento do projeto para possíveis modificações se forem necessárias.

A aplicação de questionário (Anexo I) possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos e os tópicos esperado-alcançados por eles, com a intervenção.

Resultado esperado

Os resultados que esperamos alcançar com a Proposta de Intervenção é uma melhoria significativa no nível de conhecimento dos pacientes sobre a Hipertensão arterial e alcançar uma correta aplicação do tratamento e da adoção de estilos de vida saudáveis. Com conseqüente melhoria na qualidade de vida e prevenir o risco de complicações, além de viabilizar nossas ações estarão promovendo atividades educacionais específicas para pacientes, fortalecendo o grupo de Hipertensão para atender pacientes com doenças crônicas não transmissíveis que promove atividades de promoção e prevenção de saúde, encorajando hábitos de vida saudáveis e incentivar assim, a prática de exercícios físicos. Também realizar palestras com grupos desses pacientes para que eles adquiram maior conhecimento de sua patologia.

A entrada dos dados vai ser realizada usando-se a planilha eletrônica Excel 2010 for Windows, sendo que estes dados serão posteriormente submetidos à análise estatística por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 13.0). Os dados serão analisados estatisticamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, e organizados em quadros e gráficos, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente.

Quadro # 17: Cronograma para enfrentamento do problema da HAS na unidade de saúde da família “ESF Vivaldo Barbosa Amorim”. 2015.

Atividades	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Elaboração do projeto	X	X				
Identificação da população		X	X			
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X	X
Implantação do projeto				X	X	
Análise dos resultados						X
Divulgação dos resultados						X

VI. CONSIDERAÇÕES FINÁIS

Ressaltamos que esse trabalho poderá ampliar os conhecimentos dos profissionais da ESF, bem como, da população portadora de HAS e poderá reduzir o impacto provocado por este agravo tanto em relação aos pacientes quanto em relação ao sistema de saúde. Além disso, contribuirá para a melhoria da qualidade de vida da população, proporcionando um melhor vínculo entre profissionais da ESF e os pacientes da área de abrangência da ESF: Vivaldo Barbosa Amorim.

O acompanhamento sistemático e Integral estimulará a criação de programas comunitários, conscientizando a população sobre a importância da mudança de hábitos e estilos de vida saudáveis, sua repercussão no controle da HAS e suas complicações, principalmente como fator de risco no desenvolvimento de patologias cardiovasculares. Explorar esse estudo é de fundamental importância na qualidade de vida das pessoas. O plano de intervenção se mostra como uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia da Unidade, conhecer os riscos cada vez mais graves na população adulta hipertensa, tornando viáveis as ações que possam interferir positivamente na vida das pessoas acometidas por esse grande mal da saúde coletiva.

VII. REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, G. B. S.; ARAUJO, E. P.; SILVA, G. A. D. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. *Acta paulista de enfermagem*, p. 459–465, 2011.

BENSENOR, M. I.; LOTUFO, A. P. *A Hipertensão no Contexto Nacional e Internacional*. Barueri: Manole Ltda, 2004.

BRASIL, M. da Saúde do. *Information about health: mortality*. 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em: 02 Jul. 2007.

BRASIL, M. da Saúde do. *Information about health: morbidity*. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>>. Acesso em: 02 Jul. 2015.

BRUNNER, L. L.; KANTER, D. S.; MANSON, J. E. Primary prevention of stroke. *N Engl J Med*, p. 1392–1400, 1995.

BUSATO, O. *Hipertensão Arterial*. 2015. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?244>>. Acesso em: 14 Jun. 2015.

CARDIOLOGIA, S. B. de et al. Iii consenso brasileiro de hipertensão arterial: Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, p. 1–51, 2010.

COSTA, J. M. B.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção a hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município de Recife. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 623–633, 2011.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência e Saúde Coletiva*, p.1763–1772, 2013.

GOMES, B. M. R.; ALVES, J. G. B. Artigo 76. *Cad. Saúde Pública*, p. 375–381, 2009.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira hipertensão*, p. 38–43, 2009.

HAJJAR, I.; KOTCHEN, T. A. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the united states. *JAMA*, p. 199–206, 2003.

HE, J.; WHELTON, P. K. Elevated systolic blood pressure and risk of cardiovascular and renal disease: overview of evidence from observational epidemiologic studies and randomized controlled trials. *Am Heart J*, p. 211–219, 1999.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabete melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. *Arq Bras Cardiol*, p. 471–479, 2006.

MEDICO, A. *Hipertensão Arterial*. 2015. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm>>. Acesso em: 11 Jun. 2015.

OSHIRO, M. L. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em campo grande, ms. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e aplicada*, p. 95–100, 2010.

SCHERR, C.; RIBEIRO, J. P. Gênero, idade, nível social e fatores de risco cardiovascular: Considerações sobre a realidade brasileira. *Arq Bras Cardiol*, p. 54–56, 2009.

APENDICES

MATERIAIS USADOS EM ACOES EDUCATIVAS

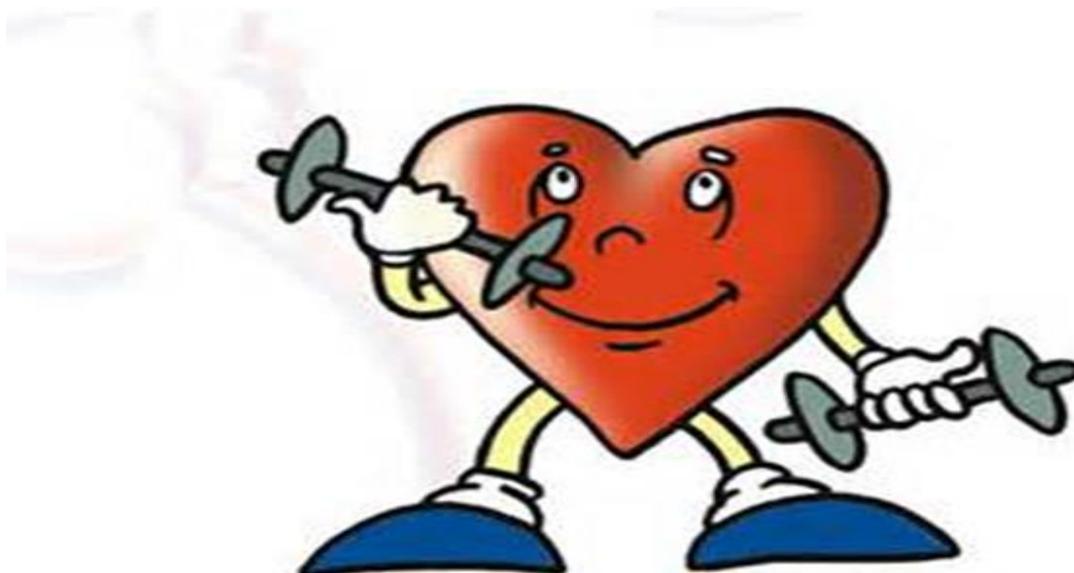
ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E EXERCÍCIOS FÍSICOS, VIDA, CORPO E MENTE SANA.



CONTROLANDO SUA PRESSÃO PROTEJE SEU CORAÇÃO.



EXERCICIOS FISICOS, NÃO FUMAR, ALIMENTACION SANA. GARANTIA DE LONGA VIDA.



Anexo I

Questionário.

Título: Nível de conhecimento a respeito da HAS.

1. Idade
2. Sexo
3. O que é para você a HAS?
4. Tem conhecimento a respeito da HAS?
 - Sim
 - Não
5. Como Você considera seu nível de conhecimento a respeito da HAS:
 - Alto
 - Médio
 - Baixo
6. Você ta a favor de que os Hábitos e Estilos de Vida Inadequados podem influir na HAS de forma negativa?
 - Sim
 - Não
7. Você acredita que a idade e os vícios como as drogas também podem influir na HAS de forma negativa?
 - Sim
 - Não
8. Quais são os motivos ou fatores de risco que levam a uma pessoa a sofrer de HAS?
9. Uma melhor conscientização da população teria algum efeito para evitar o aumento do número de hipertensos na população?
 - Sim
 - Não

Justifica sua escolha-----
10. Qual você acredita ser a pior consequência da HAS?
 - Insuficiência Cardíaca
 - Morte
 - Insuficiência de os Rins
 - Doença Cerebrovascular
 - Outros
11. Você acredita que se diminuem os fatores de risco também diminui a probabilidade de que as pessoas sofram de HAS?
 - Sim
 - Não
12. Qual em sua opinião é a melhor forma de prevenir que a HAS seja um problema de saúde muito importante em nossa area de saude?