

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

YURELKY FERNANDEZ TOSCANO

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PACIENTES COM HAS NA USF MARTA**  
**HELENA, UBERLÂNDIA/MG.**

Pólo Uberlândia/MG

2016

YURELKY FERNANDEZ TOSCANO

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PACIENTES COM HAS NA USF MARTA  
HELENA, UBERLÂNDIA/MG.**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Marlene Das Graças Martins

Pólo Uberlândia/MG

2016

YURELKY FERNANDEZ TOSCANO

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PACIENTES COM HAS NA USF MARTA  
HELENA, UBERLÂNDIA/MG.**

**Banca examinadora**

Examinadora 1: Prof.<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Marlene das Graças Martins (orientadora)

Examinadora 2 – Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Emiliane Silva Santiago - Universidade Federal  
de Mato Grosso - UFMT

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de março de 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por me proporcionar grandes oportunidades.

À minha família, pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

E a todos, que de alguma maneira, contribuíram para realização desse trabalho.

**“O QUE SABEMOS É UMA GOTA; O QUE IGNORAMOS É UM OCEANO”**

**Isaac Newton**

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada como um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares se configuram como importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos para os cofres públicos e para as famílias. Esses custos aumentam progressivamente na medida em que aumenta a assistência por complicações relacionadas ao descontrole da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica deve ser uma das prioridades da Atenção Básica à Saúde. O objetivo desse trabalho é propor ações que possam estimular a redução dos níveis pressóricos a fim de diminuir a incidência de doenças cardiovasculares em pacientes com hipertensão arterial na UBSF- Marta Helena em Uberlândia/MG. Para elaboração da proposta do plano de ação foram realizadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Com a implementação deste projeto e os conhecimentos adquiridos, esperamos aumentar o nível de conhecimento da população sobre os principais fatores de risco da HAS, no sentido de estimular a modificação do estilo de vida, hábitos alimentares adequados para manutenção e/ou redução do peso corporal e perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução de ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução de estresse, abandono do tabagismo e ainda, vincular os pacientes à grupos específicos, conforme recomendado pelas Estratégias de Saúde da Família e equipe do Núcleo de Apoio de Saúde da Família.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores de risco. Atenção. Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The cardiovascular diseases are important causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, and that increase progressively with increasing blood pressure. The adequate control of patients with hypertension should be a priority for Primary care. This work proposes the creation of an action plan to be implemented in UBSF Marta Helena, in Uberlandia, Minas Gerais in order to reduce blood pressure and decrease the incidence of cardiovascular diseases in patients with hypertension in this health unit. For the preparation of the draft action plan were carried out in three steps: Situational diagnosis, literature review and intervention plan. With the implementation of this project and the knowledge gained by patients hope: increase the level of knowledge of the main risk factors of hypertension; encourage the modification of lifestyle, supported on lowering blood pressure such as: eating habits suitable for maintenance of body weight and lipid profile desirable, encouraging active living and regular physical exercises, reducing sodium intake, reduction in the consumption of alcoholic beverages, stress reduction and smoking cessation and link patients to hypertensive groups of UBSF as recommended by family health Strategies and core support team of family health.

Keywords: Hypertension, Risk factors, Primary health care.

## SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. JUSTIFICATIVA.....	35
3. OBJETIVOS.....	36
4. METODOLOGIA.....	37
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	38
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	40
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
8. REFERENCIAS.....	44



## **1.INTRODUÇÃO**

### **1. Identificação do Município:**

#### **1.1. CARACTERIZAÇÃO**

O município de Uberlândia foi fundado em 31 de agosto de 1888. Está localizado no Estado de Minas Gerais, na Região Ampliada de Saúde do Triângulo Norte. Uberlândia possui 4 distritos: Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama. Subdivide-se em 5 setores sanitários: Norte, Sul, Oeste, Leste e Central (IBGE, 2015).

Prefeito: Gilmar Alves Machado

Secretário Municipal de Saúde: Dario Rodrigues dos Passos

Coordenadora da Atenção Básica: Elisa Toffoli Rodrigues

Coordenador da atenção à Saúde Bucal: Cássio Alves

### **2. Histórico de Criação do Município:**

Em 1682, passara pelas terras de M. Gerais, em direção a Goiás, o bandeirante Bartolomeu Bueno da Silva, "O Anhanguera", cujo filho viria a organizar a primeira exploração da região no ano de 1722. Por volta de 1823, após a proclamação da independência do Brasil, começaram a chegar do sul de Minas, as famílias que deram início ao processo de produção econômica organizada: plantação de mandioca, cereais e criação de gado. O Distrito de Paz foi criado, com a denominação de São Pedro de Uberabinha, na Paróquia e Município de Uberaba, pela Lei provincial n.º. 602, de 21 de maio de 1852 e elevado à freguesia pela de n.º. 831, de 11 de junho de 1857. A Lei n.º. 4.643, de 31 de agosto de 1888, criou o Município de Uberabinha, constituído pelas freguesias de São Pedro de Uberabinha (sede) e Santa Maria, está desmembrada do Termo de Monte Alegre e aquela do de Uberaba. A instalação verificou-se a 14 de março de 1891. Pelo disposto na Lei estadual n.º. 2, de 14 de setembro desse ano, o distrito de Uberabinha teve confirmada sua criação. A Lei estadual n.º. 23, de 24 de maio de 1892, concedeu categoria de cidade à sede do Município. Este se apresenta em 1911 (Divisão Administrativa) e no Recenseamento Geral de 1920 integrado pelos distritos de

Uberabinha e Santa Maria. Por força da Lei estadual nº. 843, de 7 de setembro de 1923, o Município passou a abranger o novo distrito de Martinópolis, criado com território desmembrado do distrito-sede. Seis anos depois, em 1929, na conformidade do disposto em Lei estadual número 1.128, de 19 de outubro, o Município e o distrito passaram a denominar-se Uberlândia. Por força do Decreto-lei estadual nº 1.058, de 31 de dezembro de 1943, o Município passou a constituir-se de 5 distritos: Uberlândia, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia (ex-Martinópolis), Miraporanga (ex-Santa Maria) e Tapuirama, assim permanecendo até hoje. A Comarca de Uberabinha foi criada pela Lei estadual nº. 11, de 13 de novembro de 1891, e teve o topônimo mudado para Uberlândia pela Lei estadual nº. 1.128, acima citada. 17: Comarca de 3.<sup>a</sup> instância (BRASIL, 2015).

### **EXTENSÃO E ÁREA DO MUNICÍPIO**

Uberlândia possui uma extensão territorial de aproximadamente 4.115,82 Km<sup>2</sup>, sendo que a área de maior extensão é a rural, com cerca de 3.896,82 Km<sup>2</sup>, correspondendo a 94,67% da extensão do município. A área urbana, por sua vez, possui cerca de 219 Km<sup>2</sup>, equivalente a 5,23% da área total do município (BRASIL, 2015).

### **DISTÂNCIA ENTRE OS MUNICÍPIOS LIMÍTROFES**

O município de Uberlândia tem como municípios limítrofes: Araguari (37,7 Km), Indianópolis (62,3 Km), Monte Alegre de Minas (70,4 Km), Prata (84,5 Km), Tupaciguara (70,1Km), Uberaba (105 km) e Veríssimo (145 km) (BRASIL, 2015).

### **MALHA RODOVIÁRIA**

Uberlândia é servida por 4 rodovias federais importantes para as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte. Essa condição permite que a cidade seja considerada ponto de passagem e de contato para os diversos centros comerciais e consumidores do país. São elas:

BR-050: Tem início em Brasília (DF) chegando até a cidade de Santos (SP). É uma rodovia que apresenta grande circulação de veículos, ligando a capital do país à maior metrópole brasileira, São Paulo.

BR-365: Rodovia federal que faz a ligação entre as regiões Nordeste e Centro-oeste. Essa rodovia liga Uberlândia a Montes Claros.

BR-455: Tem seu início em Uberlândia e termina na cidade de Planura (MG), onde inicia a BR-364.

BR-497: Rodovia que liga as cidades de Uberlândia e Carneirinho (MG). Além da malha rodoviária, o município conta com uma estrada de ferro administrada pela Ferrovia Centro- Atlântica, que corta o Triângulo Mineiro interligando o Estado de São Paulo ao Estado de Goiás, na direção norte-sul (UBERLÂNDIA, 2015).

### **POPULAÇÃO:**

A população de Uberlândia em 2010, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), correspondia a 604.013 habitantes, sendo que desse total, 2,77% residem na zona rural, correspondente a 16.745 habitantes. Atualmente, o município está subdividido em 4 distritos (Cruzeiro dos Peixotos (24 km), Martinésia (32 km), Miraporanga (50 km) e Tapuirama (38 km)) e 5 setores sanitários. É importante ressaltar que a população considerada neste PMS se refere ao ano de 2010, a última registrada e divulgada pelo (IBGE, 2015)

### **DENSIDADE DEMOGRÁFICA:**

A estimativa da população para 2013, segundo o IBGE é de 646.673 habitantes, 7,06% a mais que no ano de 2010. Na tabela 1 verificam-se as características de cor/raça da população residente (BRASIL, 2015).

**Tabela 1 – Porcentagem populacional segundo cor/raça:**

<b>COR\ RAÇA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Branca</b>	55.8%
<b>Negra</b>	8.4%
<b>Parda</b>	34.5%
<b>Amarela</b>	1.1%
<b>Indígena</b>	0.2%

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

## HABITANTES POR Km<sup>2</sup>

De acordo com os dados da Tabela 2 abaixo, houve um acréscimo de 473,4 pessoas por km<sup>2</sup> na área urbana e na área rural o acréscimo foi de 1,2 pessoas por Km<sup>2</sup> entre o período de 2000 a 2010.

**Tabela 2 - Densidade demográfica segundo área, superfície e número de habitantes por km<sup>2</sup>.**

Área	Superfície Km <sup>2</sup>	Habitantes / Km <sup>2</sup>	
		2000	2010
Urbana	219	2.232,8	2.706,2
Rural	3.896	3,1	4,3
<b>TOTAL</b>	<b>4.115</b>	<b>121,7</b>	<b>146,7</b>

Fonte: IBGE – 2000/2010.

## CRESCIMENTO POPULACIONAL:

Segundo o censo de 2010, a população na área urbana do município é de 587.267 habitantes, comparando com a população de 2000 que foi de 488.982 habitantes, o crescimento populacional foi de 20,1% em 2010, ou seja, 98.285 habitantes na área urbana. Na área rural, a porcentagem de crescimento foi de 36,9% resultando num aumento de 4.513 habitantes em 2010.

**Tabela 3 - Crescimento da População em Uberlândia de 2000 a 2010**

Área	2000	2010	%
Urbana	488.982	587.267	20.1
Rural	12.232	16.745	36.9
<b>Total</b>	<b>501.214</b>	<b>604.013</b>	<b>20.5</b>

Fonte: IBGE – 2000/2010.

## CRESCIMENTO URBANO:

No Brasil, entre as décadas de 1940 e 1980 observou-se um dos maiores movimentos migratórios de sua história, pressionadas pela expansão das fronteiras agrícolas e pela densidade demográfica. Como na maioria dos países

subdesenvolvidos, bastaram poucas décadas para as cidades alcançarem cifras de centenas de milhares e até milhões de habitantes. Este crescimento acelerado da população urbana tem causado problemas na infraestrutura de algumas cidades cuja velocidade de crescimento e transformação ultrapassam sua capacidade de reorganização.

Apesar do crescimento das cidades ser um fenômeno mundial, apresenta-se cada vez mais, como um dos principais desafios às equipes de planejamento que lutam para garantir que o crescimento e não signifique queda da qualidade dos serviços públicos ofertados à população. Segundo Cunha (2005), no Brasil, embora o movimento de êxodo rural tenha diminuído a partir da década de 1990, novos movimentos migratórios como a migração intermunicipal foram identificados. Tais movimentos combinados com o crescimento vegetativo têm provocado o crescimento de algumas cidades para índices muito maiores que os padrões observados nacionalmente. O rápido crescimento populacional das cidades, sobretudo as cidades médias têm como consequência imediata a pressão por moradia. Esta pressão se manifesta especialmente no adensamento de áreas urbanizadas, e no crescimento da malha urbana rumo à periferia, o que ocorre através da implantação de novos loteamentos e a construção de conjuntos habitacionais.<sup>1</sup>

Muito já foi discutido sobre os impactos que este crescimento e adensamento urbano provocam sobre a infraestrutura das cidades, principalmente quando nos referimos às redes de transporte, ao tamanho das vias e sistemas de abastecimento de água, à coleta de esgoto e drenagem pluvial, considerados ainda os principais elementos a serem analisados nas etapas de planejamento urbano. Entretanto, o crescimento urbano gera consequências a um conjunto bem maior de serviços amplamente utilizados pela população, entre eles a necessidade da ampliação das redes de atendimento social muitas vezes proposta nas etapas de planejamento urbano como serviços saúde, educação e lazer (BRASIL, 2015).

---

<sup>1</sup>ANDRADE e SERRA, 1998, apud, BRASIL, 2015.

Na proposta de trabalho para a 1ª Conferência Nacional em Saúde Ambiental, podemos verificar a seguinte afirmação: Em relação ao Brasil, país que apresenta ampla diversidade ambiental, cultural, étnica e fortes contrastes econômicos, as situações de saúde e suas relações com o meio ambiente devem ser analisadas a partir de seus territórios, considerando as características das populações e os possíveis cenários de desenvolvimento, sejam eles na cidade, no campo ou na floresta. A busca de soluções para este quadro diversificado requer a formulação e gestão de políticas públicas interdisciplinares, integradas, Inter setoriais, participativas e territorializadas (BRASIL, 2015). Com base nesse documento, os órgãos gestores devem articular-se na busca de um planejamento mais assertivo que contemple as necessidades da população, observando seu perfil e diversidade.

Neste sentido o planejamento de serviços de apoio social como educação, lazer e saúde são muitas vezes analisados tardiamente, em fases posteriores do planejamento obrigando os profissionais das áreas de educação e saúde a adaptar seus planos às estruturas em implantação ou já implantadas. Tais adaptações normalmente requerem novas intervenções que, além de deixar a população instalada com serviços muitas vezes deficientes, exigem recursos nem sempre disponíveis pelo poder público, sobretudo por não terem sido mensuradas nas fases de planejamento.

O município de Uberlândia é um exemplo de pólo regional de atração migratória apresentando nas últimas décadas um dos maiores índices de crescimento populacional do Estado de Minas Gerais. Além do registro da maior taxa de crescimento (Cf. Tabela 3) entre os municípios da região, Uberlândia deteve também o maior crescimento absoluto de população no período, registrando aumento de aproximadamente 102.799 mil habitantes em apenas 10 anos o que classifica a cidade como a segunda maior do estado em crescimento populacional, atrás apenas da capital Belo Horizonte. Consequência direta deste crescimento foi o

aumento da pressão por habitação que gerou além do adensamento populacional das áreas já urbanizadas, a rápida expansão da malha urbana da cidade principalmente em direção às regiões sul e oeste, aumentando consideravelmente nessas regiões a necessidade de ampliação e qualificação de serviços de saúde, entre outros. Com o lançamento do Programa Federal de Aceleração do Crescimento (PAC) em 2007 somado ao Programa Minha Casa Minha Vida lançado também pelo Governo Federal no ano de 2009 e, ainda, aos incentivos feitos ao ramo da construção civil nos últimos anos, observa-se o crescimento considerável da malha urbana uberlandense. Em relação aos serviços de atendimento em saúde, além do redimensionamento da capacidade de atendimento nas regiões já urbanizadas, eles requerem a construção de novos 17 equipamentos públicos nas novas áreas. Neste sentido, é importante que a implantação de serviços como saúde, educação e lazer sejam incluídos efetivamente aos processos discutidos e mensurados durante as fases de planejamento de maneira a se evitar que a implantação destes serviços seja feita somente depois que a área já tenha sido urbanizada e ocupada (Brasil. Ministério da Saúde, 2008, BRASIL (b), 2015).

Pensar no território requer pensar também nos diferentes interesses e relações de poder. Por um lado, temos uma população que sofre com o déficit habitacional, de outro, temos o poder público que procura cumprir com suas responsabilidades sociais e o capital privado interessado em lucrar com as vantagens que a economia oferece. O documento gerado na 13ª Conferência Nacional de Saúde Brasileira traz importantes diretrizes que contribuem para essa discussão. O Eixo II artigo 47 coloca que: O Ministério da Saúde deve com urgência mapear os empreendimentos previstos pelo PAC nos territórios de intervenção e indicar situações de risco e vulnerabilidades sociais, ambientais, institucionais e de conhecimento, promovendo estratégias e ações para sua superação, garantindo a estrutura, nos três níveis de governo, para atender integralmente a saúde dos trabalhadores e das populações que sofram o impacto desses empreendimentos

produtivos ou dessas obras de infraestrutura (Brasil. Ministério da Saúde, 2008, BRASIL (b), 2015). Uma forma de buscar minimizar o problema foi apontada com a aprovação da Lei Complementar Municipal nº 506 de 2009 que dispõe ao poder público municipal a possibilidade de exigir dos empreendedores de novos loteamentos a implantação total ou parcial dos equipamentos sociais que atendam adequadamente a demanda da população que futuramente ocupará estas áreas, desonerando o poder público municipal dos custos de construção destes equipamentos e garantindo que os novos loteamentos sejam entregues não só com a chamada infraestrutura básica, mas com os equipamentos assistenciais já implantados, principalmente no que concerne à educação e saúde, cabendo ao poder público fazer valer a referida Lei. No setor saúde, no que diz respeito ao planejamento para implantação de novas Equipes de Saúde da Família, uma medida que consideramos necessária é a previsão de novos loteamentos e a estimativa da nova população residente. Neste caso, não é suficiente seguir o número de população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica, é fundamental fazer o levantamento dos novos empreendimentos, da nova população e a previsão de entrega dos novos loteamentos. Necessário ainda mapear e registrar esse crescimento para que essa estimativa seja contemplada na Programação Anual de Saúde do Município, para que assim, possam ser feitas as análises orçamentárias e estruturais necessárias à implantação dos equipamentos públicos de saúde. (UBERLÂNDIA, 2015).

### **ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO, PROPORÇÃO DE IDOSOS NA POPULAÇÃO E RAZÃO DE DEPENDÊNCIA:**

O índice de envelhecimento de uma população representa o número de pessoas com idade de 60 anos ou mais em relação a cada 100 pessoas menores de 15 anos, enquanto a proporção de pessoas idosas na população representa o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade em relação ao total da população. Ambos vêm apresentando tendências ascendentes, refletindo o ritmo de



crescimento da população idosa em Uberlândia, conforme apresentado na Tabela 4. A razão de dependência representa a proporção do segmento etário da população definido como economicamente dependente, os menores de 15 anos e os de 60 ou mais anos de idade, e o segmento etário potencialmente produtivo, entre 15 e 59 anos de idade. Conforme quadro abaixo, observa-se gradativo declínio da razão de dependência, que está relacionado ao processo de transição demográfica (BRASIL, 2015).

**Tabela 4 - População por faixa etária, Índice de Envelhecimento, Proporção de Idosos na População, Razão de Dependência de Uberlândia nos anos de 2009 e 2010.**

<b>Faixa etária</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Menor de 15 anos</b>	141.655	125.589
<b>15-19 anos</b>	434.853	416.750
<b>60 anos e mais</b>	57.841	61.674
<b>Total da População</b>	<b>487.218</b>	<b>604.013</b>
<b>Índice de Envelhecimento</b>	40,8	49,1
<b>Proporção de idosos na População</b>	9,1	10,2
<b>Razão de Dependência</b>	45,9	44,5

Fonte: IBGE - Estratificação populacional por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS – 2010.

#### **EXPECTATIVA DE VIDA:**

A expectativa de vida do brasileiro aumentou quase 4 anos em uma década e chegou ao patamar de 74 anos e 29 dias no ano de 2012, segundo os dados de mortalidade 2011 divulgadas pelo IBGE. Essa maior longevidade da nação, revelada pelo Instituto, não foi diferente em Uberlândia e a representatividade de pessoas com 75 anos ou mais aumentou de 1,68% para 2,57% na composição da população local no mesmo período. Segundo o IBGE a expectativa de vida entre as mulheres aumentou de 77,4 anos para 77,7 anos, crescimento inferior ao obtido entre os homens. Em relação ao ano 2000, o aumento na expectativa de vida foi maior entre os homens, mesmo com as mulheres ainda vivendo consideravelmente mais. O

ganho em mais de uma década na esperança de vida ao nascer foi de 3,8 anos para o sexo masculino e de 3,4 anos para o sexo feminino (IBGE, 2015).

## **EDUCAÇÃO**

### **REDE DE ENSINO:**

Segundo os dados abaixo, no ano de 2011 em Uberlândia, o número de escolas municipais era de 107, sendo que passaram pela Educação Infantil 13.835 alunos, no Ensino Fundamental 35.413 alunos e no Ensino Especial 1.318 alunos (UBERLÂNDIA, 2015).

O município possui ainda 68 escolas estaduais, 03 federais e 136 escolas particulares. Na Educação Infantil, a rede particular teve a frequência de 6.975 alunos. Já no Ensino Fundamental, 31.687 alunos frequentaram escolas estaduais, 676 em escolas federais e 11.174 nas escolas da rede particular (UBERLÂNDIA, 2015).

Quanto ao Ensino Médio, a oferta é maior nas escolas estaduais, sendo que somente em 2011 essas escolas atenderam 20.5877 alunos. (BDI-2012) A partir dos dados do Banco de Dados Integrado (BDI) do município de Uberlândia, é possível destacar algumas escolas municipais que participaram do Ensino de Jovens e Adultos (EJA), contando com 1.963 alunos (UBERLÂNDIA, 2015).

A Educação de Jovens e Adultos tem como objetivo promover a escolarização daqueles que não tiveram acesso ou oportunidade de concluir o ensino fundamental e ensino médio na idade apropriada. Em Uberlândia a maior oferta está na rede estadual (6.809 alunos) e em seguida da rede municipal (UBERLÂNDIA, 2015).

**Tabela 5 - Rede de ensino em Uberlândia em 2011**

<b>Municipal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Federal</b>	<b>Particular</b>
<b>107</b>	68	3	146

Fonte: Banco de Dados Integrado do Município de Uberlândia – 2012.

**Tabela 6 - Capacidade Geral da Rede de Ensino em Uberlândia segundo Modalidade e número de alunos.**

<b>Modalidade e Alunos</b>	<b>Municipal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Federal</b>	<b>Particular</b>
Educação Infantil	13.835	0	150	6976
Ensino Fundm.	35.413	31.687	676	11.174
Ensino Médio	0	20.577	631	8.572
Ensino Especial	1.318	552	18	243
Jovens e Adultos	1.963	6.089	59	1092
Profissional	0	258	502	4.008
<b>Total de Alunos</b>	<b>52.529</b>	<b>59.883</b>	<b>2036</b>	<b>32.064</b>

Fonte: Banco de Dados Integrado do Município de Uberlândia - 2012.

Em relação ao Ensino Rural no ano de 2011, contávamos com 13 escolas rurais e com um total de 3.745 alunos, sendo 224 alunos no Ensino Infantil, 3.329 no Ensino Fundamental e 129 alunos no Ensino de Jovens e Adultos. (UBERLÂNDIA,2015)

**Tabela 7 - Número de alunos no ensino rural segundo modalidade de ensino.**

<b>Ano</b>	<b>Nº de Escolas</b>	<b>Ensino Infantil</b>	<b>Ensino Fundamental</b>	<b>Ensino de Jovens</b>	<b>Total</b>
2007	13	155	4.664	217	5.036
2008	13	223	3.694	244	4.161
2009	13	207	3.419	207	3.833
2010	12	171	3361	168	3.712
2011	13	224	3.329	129	3.745

Fonte: Secretaria Municipal de Educação – 2012.

## **TAXA DE ANALFABETISMO:**

Uberlândia tem aproximadamente 17,9 mil pessoas analfabetas, segundo o Censo 2010 do IBGE. Dos 478.424 habitantes com mais de 15 anos, 3,8% (17.924) não sabem ler e escrever. O índice de analfabetismo em Uberlândia é inferior à meta de 6,7% preconizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO) para 2015. Alunos 21 De acordo com o IBGE 2010, entre a população com mais de 15 anos de idade, que é o recorte de faixa etária considerada ideal pelos especialistas para analisar a taxa de analfabetismo, 9,6% da população declarou-se analfabeta no país, maior que a taxa verificada em Minas Gerais, de 7,66% no mesmo período. Já em Uberlândia, segundo o mesmo instituto, o número de analfabetos é de 18.660 pessoas e o índice de analfabetismo é de 5,04%, abaixo dos índices estadual e nacional. Vale ressaltar que houve um aumento no contingente populacional de Uberlândia na faixa etária de 15 anos ou mais de acordo com o referido censo. Segundo especialistas em análises demográficas e em dados sobre educação, a comparação entre os dados do censo de 2010 com o censo de 2000 não deve ser realizada, porque houve aumento no contingente populacional de Uberlândia na faixa etária de 15 anos ou mais neste período de 10 anos. Em 2000, eram 370.152 nessa faixa etária, já em 2010, eram 478.424 pessoas apontadas no censo com mais de 15 anos. (BDI-2012) 1.8. RENDA. Com uma renda média mensal per capita de R\$ 865,00, o município de Uberlândia está em 4º lugar do ranking estadual. Os dados apresentados pelo IBGE, referentes ao Censo 2010, apontam que a média uberlandense é 35% superior à média estadual (R\$ 641,00) e 30% maior que a média nacional (R\$ 668,00). No Censo de 2000, a renda média per capita de Uberlândia era de R\$ 924,18. Levando em consideração o salário mínimo de R\$ 136,00 no início da década, os uberlandenses recebiam em média 6,8 salários mínimos. Em 2010, com o salário mínimo correspondente a R\$ 510,00 a renda média de Uberlândia corresponde a 1,7 salários mínimos. O estudo do IBGE também mostra as diferenças das rendas médias mensais entre os sexos, cor ou raça. No comparativo entre os sexos, leva-se em consideração a renda média mensal das pessoas maiores de 10 anos residentes em domicílios particulares permanentes. Os homens ganham 51,2% a mais que as mulheres. Em média, a renda mensal masculina é de R\$ 1.652,00 enquanto a feminina é de R\$ 1.092,00. No estado mineiro, os homens recebem 44% a mais que

as mulheres, em torno de R\$ 1.282,00 para homens e R\$ 891,00 para mulheres. (INEP, 2012)

### **ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO:**

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Uberlândia aumentou de 0,702 em 2000, para 0,789 em 2010, e apresenta taxa maior que a de Minas Gerais e a do Brasil, que registram 0,731 e 0,727, respectivamente. O aumento de 12,39% em 10 anos fez a cidade se manter com alto desenvolvimento humano e subir da 4ª para a 3ª colocação de melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Estado, atrás de Nova Lima (0,813) e Belo Horizonte (0,810). No ranking nacional, Uberlândia ganhou 45 posições, passando da 116ª para a 71ª posição. Os dados são da pesquisa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e da Fundação João Pinheiro (FJP). (PNUD, 2000)

### **HABITAÇÃO:**

De acordo com censo do IBGE 2010, a quantidade de domicílios próprios em Uberlândia é de 122.314 imóveis. Esse número representa 62,6% de pessoas que são proprietárias dos seus imóveis. Também é importante destacar que a situação de habitações que possuem infraestrutura completa (água, luz e esgoto) está no patamar superior a 96%. [BRASIL (b), 2010]

### **ESTRUTURA SANITÁRIA:**

Em relação ao saneamento básico Uberlândia conta com 100% de água tratada e 99% de tratamento de esgoto no perímetro urbano. De acordo com dados do Departamento Municipal de Água e Esgoto – DMAE, cerca de 6.288 moradores de Uberlândia ainda não têm acesso à rede de esgoto. O número representa menos de 1% da população total da cidade. [BRASIL (e), 2015]

### **ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE E SERVIÇOS:**

O Modelo de Atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias. Em Uberlândia as ações são

definidas em função da análise situacional considerando os perfis demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde. Ao se reconhecer as características das condições de saúde e as condições sociais dos usuários, a singularidade do cuidado prestado precisa estar organizada para responder de forma qualificada aos problemas identificados. Para isso, é necessário o fortalecimento de estratégias de cuidado que integre todas as esferas de atenção. A Secretaria Municipal de Uberlândia possui uma rede pública de serviços assistenciais abrangente do ponto de vista geográfico, com atuação significativa no coletivo e no individual, no preventivo e no curativo, apresentando ações de serviços públicos em todos os níveis de complexidade. As ações do Sistema Único de Saúde no município são predominantemente realizadas pelos pontos de atenção da Rede Municipal de Saúde, que busca em sua estratégia a Atenção Básica como ordenadora desta Rede. O cidadão é atendido por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde. As unidades estão regionalizadas em setores sanitários (Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul) e possuem no total 48 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 44 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) entre rurais e urbanas e mais 2 Unidades de Apoio à Saúde na zona rural. Com este número de ESF tem-se uma cobertura populacional assistida de 27%, correspondente a cerca de 176.344 pessoas e 48.984 famílias. O município possui também 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS) convencionais, responsáveis pela cobertura de 26% da população, assistindo aproximadamente 159.110 pessoas. (Sistemas de Informação - SMS). Composto o conjunto de equipamentos de saúde que integram os setores sanitários, estão as 8 Unidades de Atendimento Integrado (UAI), responsáveis pela cobertura do atendimento de 38,42% da população. Nas USF, em sua maioria, são oferecidos os seguintes serviços de saúde: atendimento ambulatorial nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e atendimento de enfermagem. Os serviços prestados pelas UAI são: pronto atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia, atendimento ambulatorial de atenção primária de sua área de abrangência, assim como o atendimento de várias especialidades tais como, Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Urologia, Gastrenterologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Dermatologia, Cardiologia, Angiologia, Nefrologia, Neurologia, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Serviço Social. Também são

realizados exames de apoio diagnóstico de imagem e laboratório, dentre outros. Existem, ainda, os leitos para observação, sala de emergência e sala para pequenas intervenções cirúrgicas ambulatoriais [Brasil (e), 2013].

Em janeiro de 2011 iniciou-se o atendimento no Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odélmo Leão Carneiro, integrando a Rede de Atenção à Saúde do município, sendo o acesso regulado pela Central de Regulação Municipal. Atualmente este Hospital conta com 265 leitos, com média de 1000 pacientes atendidos por mês e suas principais especialidades são: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, UTI (Adulto e Neonatal) e Cuidados Intermediários. O município conta, também, com 5 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (divididos em CAPS adultos, CAPS AD e CAPS Infantil), 1 Centro de Convivência e Cultura e 4 outras unidades de atendimento especializado: o Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e 24 AIDS, o Centro de Atenção ao Diabético do Tipo I, o Ambulatório de Oftalmologia e o Centro de Reabilitação Física. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), também integra a Rede de Atenção no Município. O HC é um hospital de referência macrorregional em serviços de alta densidade tecnológica, desenvolvendo ainda, ações de média densidade tecnológica e outras em atenção básica. Mantém atendimento de urgência/emergência 24 horas em pronto-socorro. O Hospital de Clínicas conta atualmente com 526 leitos, disponibilizando 100% de sua capacidade de leitos hospitalares, serviços ambulatoriais e de pronto socorro para o SUS [Brasil (e), 2013].

Importante ressaltar a Vigilância em Saúde do município de Uberlândia que busca organizar suas ações de maneira integrada com a Rede de Assistência, com ênfase na Atenção Básica de forma a atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população. Na formulação destas ações, visa promover a prevenção e intervenção adequadas considerando os níveis de complexidade que cada ação demanda e engloba de Promoção à Saúde, Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental. Completam a Rede de Atenção os hospitais privados contratados, onde são realizadas cirurgias cardíacas, cirurgia geral e em trauma-ortopedia, internações clínicas e UTI.

Atualmente são os seguintes serviços privados contratados no município:

- Hospitais: Hospital Santa Catarina, Hospital Santa Marta, Clínica Infantil Dom Bosco.
- Clínicas de diálise: Instituto de Nefrologia, Instituto do Rim e Nefrologia do Triângulo.
- Clínicas de exames de alta densidade tecnológica: Centro de Tratamento Cálculo Renal – CTRC, Centro de Medicina Nuclear – CEMEN;
- Clínicas Oftalmológicas: ISO OLHOS - Instituto de Saúde Ocular, Hospital de Olhos do Brasil Central - HOBC, Oftalmo-Clínica.
- Laboratórios de análise clínica e anatomia patológica: Laboratório Central, Laboratório de Patologia Clínica Eduardo Maurício, Laboratório de Anatomopatologia Vichow, DIU e CHEKUP.
- Laboratórios de Histoimunocompatibilidade (transplante renal e medula óssea): LITU e Biogenetics.

Clínicas de fisioterapia, saúde mental e outros: Consultórios Reunidos de Ortopedia, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD, Clínica Jesus de Nazaré e Medcor. 2. [Brasil (e), 2013].

## **RECUSOS HUMANOS:**

Conforme Tabela 8, nota-se que dos 8.034 profissionais que prestam serviços para o município na área da saúde, 32,97% possuem vínculo do tipo emprego público; 24,55% têm vínculo estatutário; 11,52% não possuem categoria específica; 3,01% com vinculação celetista; 0,60% contratados por tempo determinado e 0,21% cargos comissionados [Brasil (e), 2013].



**Tabela 8: Quantidade de profissionais por vínculo empregatício**

TIPO	QUANTIDADE
Cargo comissionado	17
Celetistas	242
Contrato por prazo determinado	49
Emprego público	2.649
Estatuário	1.973
Sem tipo	926
Autônomo	2.178
<b>Total</b>	<b>8034</b>

Fonte: CNES - 2013.

Em relação às demais categorias, 27,1% dos profissionais são autônomos. Nesta última categoria incluíam os profissionais em que suas contratações foram mediadas por um agente contratante e não pela própria instituição de saúde [BRASIL(e), 2013]

#### **Sistema Local de Saúde:**

#### **Conselho Municipal de Saúde:**

Para que se possa cumprir o que a Lei determina o Conselho deve exercer o controle social do SUS. Isso significa dizer que cabe ao Conselho fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à área de Saúde no Orçamento do Município, bem como aprovar o Plano Municipal de Saúde. Do mesmo modo o Conselho deve exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, fundo esse para onde é destinado os recursos a serem gastos com a saúde no Município. As reuniões do Conselho ocorrem sempre na última quarta-feira do mês às 19 horas, no Anfiteatro Cícero Diniz na PMU. O Conselho Municipal de Saúde está composto por Presidente, Vice-Presidente, 1<sup>a</sup> Secretária y 2<sup>da</sup> Secretária. (UBERLÂNDIA, 2015)

## **FINANCIAMENTO:**

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e outras. Esses repasses ocorrem por meio de transferências 'fundo a fundo', realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde. O recurso disponível para execução das ações em saúde no ano de 2013 foi de R\$ 409.672.000,00. Até a coleta dos dados para elaboração deste Plano, este valor total foi atualizado para R\$ 487.178.275,26, considerando a necessidade de créditos especiais e de suplementação no orçamento. Para o exercício de 2014, está previsto um orçamento no valor de R\$ 471.598.314,00, sendo, R\$ 255.200.000,00 de recursos próprios e R\$ 216.398.314,00 de recursos vinculados. O valor referente aos recursos a serem destinados para saúde no exercício de 2014 é passível de alteração considerando que até a data da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), a Lei Orçamentaria Anual (LOA) 2014 e o Plano Plurianual (PPA) 2014-2017 aguardam aprovação do Poder Legislativo. [BRASIL (d), 2015]

### **Unidades de Saúde da Família:**

A Unidade de Saúde da Família (USF) que tem a Estratégia Saúde da Família como forma de organização é denominada de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). É composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, além dos profissionais

de apoio como serviços gerais e auxiliar administrativo. Em 21 equipes há a presença da equipe de Saúde bucal, com dentista e auxiliar de saúde bucal.

A equipe trabalha com área de abrangência definida de 3000 a 4000 pessoas, cuidando de todos os ciclos de vida, desde a o recém-nascido até os idosos, com vínculo e responsabilização pelas pessoas. Além das atividades de prevenção e promoção de saúde, a equipe atende as demandas agudas desta população da sua área abrangência dentro da competência da atenção primária e é também responsável pela coordenação do cuidado nos outros pontos da rede, ou seja, encaminha às especialidades e para procedimentos de média e alta complexidade. Entretanto, os pacientes devem retornar à equipe com contra referência para continuidade do cuidado com sua equipe de saúde da família. Assim, há um resgate do cuidado com personificação, próximo da sua realidade local, utilizando as potencialidades da comunidade em que vive. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são a extensão da unidade de saúde, dentro das residências das pessoas, é o olhar dos profissionais para além dos muros da unidade, possibilitando a identificação de problemas e caminhos para o cuidado efetivo das pessoas com suas especificidades.

Além da equipe mínima, há apoio matricial de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educador físico e tutoria de médicos ginecologistas-obstetras, psiquiatras, pediatras em grande parte das ESF, além da tutoria de geriatria/clínica médica no setor norte. Há atendimento de acupuntura em duas unidades dos Setores Oeste e Leste, integrando as atividades de Práticas Integrativas e Complementares, que serão ampliadas, inicialmente em todo Setor Leste.

Todas essas categorias profissionais fazem parte da equipe de Apoio Matricial que visa aumentar a resolubilidade das Equipes de Saúde da Família, possibilitando o atendimento integral e melhor a qualidade de vida das pessoas.

São 73 equipes de saúde da família, distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde da Família e 4 Unidades de Apoio à Saúde da Família, sendo cinco equipes de Zona Rural (uma em cada distrito e uma equipe itinerante).

As UBSF e Unidades de Apoio a Saúde da Família estão instaladas nos seguintes bairros ou regiões:

Setor Sul: Aurora, Campo Alegre, Granada, Gravatás, Jardim Botânico, Lagoinha, Laranjeiras, Santa Luzia, São Gabriel, São Jorge, Seringueiras, Shopping Park, Patrimônio.

Setor Leste: Aclimação, Alvorada, Custódio Pereira, Dom Almir, Ipanema, Joana Darc, Morumbi, Tenda do Moreno (Unidade de Apoio).

Setor Oeste: Canaã, Dona Zulmira, Guarani, Jardim Célia, Jaraguá, Jardim Europa, Jardim das Palmeiras, Mansour, Morada Nova, São Lucas, Taiaman, Tocantins.

Setor Central: Bom Jesus

Setor Norte: Jardim Brasília, Maravilha, Minas Gerais, Nossa Senhora das Graças, Santa Rosa, São José

Zona rural e distritos: Distritos de Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama, além das Unidades de Apoio em Sobradinho, Tangará e Rio das Pedras. (UBERLÂNDIA, 2015)

### **Orçamento:**

**Tabela: 9- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**

Ano	Receita de Impostos +		Percentual Aplicado
	Transferências Constitucionais e Legais (EC-29)	Total de Gastos com Recursos Próprios	
2009	497.305.146,71	129.225.379,62	25,99%
2008	478.848.300,55	119.214.497,20	24,90%
2007	379.350.593,75	106.365.546,77	28,04%
2006	318.939.406,06	88.372.579,36	27,71%
2005	294.456.603,16	80.949.763,27	27,49%
2004	247.759.285,63	8.422.552,49	26,55%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – 2010

### Procedimentos realizados pelo SUS Municipal:

**Tabela: 10- Produção Ambulatorial por Complexidade:**

<b>Complexidade</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Atenção Básica	4.970.718	4.769.401	3.965.079
Média Complexidade	5.674.952	7.038.190	6.507.666
Alta Complexidade	211.278	233.010	216.905
<b>Total Geral</b>	<b>10.908.255</b>	<b>12.092.326</b>	<b>10.776.255</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – 2014

**Tabela 11- Produção Ambulatorial Alta Complexidade:**

<b>Principais Procedimentos</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014(†)</b>
Tratamento em Oncologia	90.160	104.390	96.059
Tratamento em Nefrologia	65.203	67.050	62.469
Tomografias	8.388	12.360	10.548
Ressonância Magnética	3.530	4.713	4.187
<b>Total Geral</b>	<b>211.278</b>	<b>233.010</b>	<b>216.905</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – 2014

**Tabela 12- Produção Ambulatorial Média Complexidade:**

<b>PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014(†)</b>
Laboratório clínico	3.050.660	4.019.945	3.806.725
Consultas\atendimentos acompanhamentos	1.876.551	2.205.743	2.066.347
Radiologia	242.028	277.188	238.576
Fisioterapia	172.771	199.827	115.527
Endoscopia	5.392	7.530	9.966
<b>Total</b>	<b>5.674.952</b>	<b>7.038.190</b>	<b>6.507.666</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – 2014.

## **TERRITÓRIO/ÁREA DE ABRANGÊNCIA**

A Unidade Básica de Saúde, PSF- Martha Helena, está inserido dentro da mesma estrutura física da UBS Nossa Senhora Das graças, localizada na Rua Sequeira Campos 101, bairro Nossa Senhora Das Graças, possui linha de ônibus com ponto na porta da unidade, na entrada da mesma possui acesso a deficientes físicos.

### **Número de Famílias e Habitantes:**

Famílias: 1152

Habitantes: 4608

**Nível de Alfabetização:** 4ª série.

**Taxa de emprego e principais postos de trabalho:**30 %

A maioria são aposentados e os principais postos de trabalho são negócios próprios.

**Como vivem, de que vivem, como morrem:** Os moradores são idosos e aposentados ou pensionistas e a causa de óbito comum na comunidade, são provenientes de doenças cardiovasculares, havendo ainda aumento de incidência de câncer.

### **RECURSOS DA COMUNIDADE:**

A comunidade possui:

- Escola Estadual Cidade Industrial.
- E.M.E.I: Maria Beatriz.
- Igreja adventista.
- Igreja católica São José Operário.
- Igreja Assembleia de Deus.
- Delegacia da Policia Civil.

### Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos);

- 100% das famílias possuem energia elétrica.
- 100% recebem água tratada.
- Geralmente toda a população tem telefonia fixa ou celular.
- Há uma agência de correios, Banco Bradesco e Banco do Brasil.

### A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

O PSF Martha Helena está inserido na UBS Nossa Senhora Das Graças e presta atendimentos no bairro Martha Helena. Pelo fato dessa equipe estar inserida numa UBS, utiliza-se também, os profissionais que não constituem a equipe mínima, como: assistente social, psicólogo, atendimento odontológico e quando necessária consulta com especialistas em pediatria e ginecologia.

**Horário de funcionamento:** De Segunda a Sexta-feira das 7:00. H às 17:00. H

### RECURSOS HUMANOS

#### Quadro 1: Recursos humanos na UBSF Marta Helena:

PROFISSÃO	QUANTIDADE	HORÁRIO DE TRABALHO
Médicos de Saúde da Família	01	08:00 às 17:00
Enfermeiros	01	07:00 às 17:00
Agentes de Saúde	05	07:00 às 16:00
<b>Total</b>	<b>07</b>	

Fonte: Departamento de recursos humanos da UBSF Marta Helena

## RECURSOS MATERIAIS

### Área física e uso:

A USF está inserida na UBS Nossa Senhora Das Graças. A UBS possui: Estacionamento, sala de espera com cadeiras, televisão, bebedouro, banheiro masculino e feminino, recepção. Já na parte interna conta com Recepção, salas para atendimento a paciente (1 de ginecologia, 1 de pediatria, 1 de clínica, 1 de PSF, 1 de psicologia, 1 de odontologia, 1 de curativo, 1 de procedimento), farmácia, esterilização, coordenação e 1 cozinha.

### A definição do problema:

A definição do problema foi realizada após a aplicação do diagnóstico situacional realizado no UBSF Marta Helena do município de Uberlândia, utilizando os sistemas de informação do município, SIAB, Ficha A. Também houve entrevista com informantes chaves do município, busca ativa, agentes comunitários de saúde e reuniões da equipe. Concluiu-se que deveríamos trabalhar com os pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial e que se encontram descompensados.

### Quadro 2: Priorização do problema.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
1- Alta incidência de Hipertensão Arterial	ALTA	7	PARCIAL	1
2- Elevado número de pacientes com doenças crônicas de foro psiquiátrico por falta de adesão terapêutica	ALTA	7	PARCIAL	2
3- Aumento da incidência do câncer	ALTA	7	PARCIAL	3
4- Gravidez precoce	ALTA	6	PARCIAL	4

\*Valor conforme prioridade escala-0 a 10

Fonte: Diagnóstico situacional da UBSF Marta Helena.



O problema escolhido pela equipe foi alta incidência de HAS.

A escolha como prioridade deve-se pelo elevado número de pacientes hipertensos no território de abrangência do estudo. Ao fazer análise minuciosa e estudos acerca da doença, pode-se verificar a inter-relação com os fatores de risco das doenças cardiovasculares dos pacientes e que têm elevado número de morbimortalidade.

A alimentação rica em sódio e gorduras, a ausência de exercícios físicos regulares, o tabagismo, o etilismo e as alterações psicoemocionais são mencionados como contribuintes para a elevação da pressão arterial, considerando chave para o acometimento de doenças cardiovasculares.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução das comorbidades e da mortalidade do paciente hipertenso. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos.

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

A prevenção primária da elevação da pressão arterial pode ser obtida por meio de mudanças no estilo de vida como o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, do hábito de fumar e da prática de atividade física.

Devido à alta prevalência da HAS e sua condição de ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, é fundamental conhecer a prevalência de hipertensão e aspectos relacionados ao tratamento.

Para elaboração do plano de ação, discutimos, identificamos e elegemos os “nós críticos” para o enfrentamento do problema:

Seleção dos "nós críticos".

1- Hábitos e estilos de vida inadequados como:

- Ingestão excessiva de sal e gorduras.
- Ausência de exercícios físicos regulares.
- Descontrole do peso.
- Ingestão excessiva de álcool e outras drogas.
- Hábito de fumar.
- Outros.

2- Desconhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial.

3- Conhecimento insuficiente na população geral sobre medidas para a prevenção da HAS.

## 2.JUSTIFICATIVA

Considerada como principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a HAS atinge prevalências alarmantes em todo o mundo. A morbidade e a mortalidade das doenças do aparelho circulatório ocupam primeiro lugar nos levantamentos nacionais e internacionais, impactando numa maior ocupação dos leitos hospitalares e, conseqüentemente, maiores gastos com a saúde(NAKAMOTO,2012).

A HAS é conhecida como a mais frequente das doenças cardiovasculares. E também o principal fator de risco para complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal(BRASIL,2006).

Diante dessa realidade, constatamos que existe alto número de hipertensos descompensados na UBSF Marta Helena. A equipe de saúde fez uma análise profunda no levantamento dos problemas e considerou-se que há recursos humanos e materiais suficientes para fazer um projeto de intervenção que ajude a diminuir o índice deste problema de saúde que afeta grandemente a população.

### 3. OBJETIVOS

#### Objetivo Geral:

Propor ações que possam estimular a redução dos níveis pressóricos a fim de diminuir a incidência de doenças cardiovasculares em pacientes com hipertensão arterial na UBSF- Marta Helena em Uberlândia/MG.

#### Objetivos Específicos:

1. Propor ações para mudanças nos estilos e hábitos de vida dos pacientes hipertensos.
2. Propor ações educativas que possam melhorar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial e os principais fatores de risco a fim de minimizar a morbidade e mortalidade por complicações cardiovasculares.
3. Vincular os pacientes a grupos de hipertensão arterial, conforme recomendado pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e equipe do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF).

#### 4.METODOLOGIA

Para reduzir os níveis pressóricos e diminuir a incidência das doenças cardiovasculares em pacientes com HAS, foram realizadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Primeiramente, foi executado o diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde.

Para a segunda etapa optou-se por uma revisão narrativa, que proporcionará um melhor embasamento para a proposta de intervenção. A revisão narrativa constitui a seleção e análise de publicações na interpretação crítica pessoal do autor, sendo um trabalho apropriado para descrever o desenvolvimento de um determinado tema, sob o ponto de vista contextual ou teórico(ROTHER,2007).

Para a busca na literatura foram utilizados os descritores ou palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores de risco. Atenção Primária a Saúde. Foram avaliadas as publicações dos últimos 12 anos, em português, obtidas através da busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde(LILACS), Literatura Interna em ciências da saúde (Medline) e na biblioteca virtual da plataforma do programa do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva(NESCON). Foram desconsideradas da análise as publicações sem correlação com tema proposto.

Com a aplicação da metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde foi conformada uma proposta de intervenção(CAMPOS,2010). Os elementos fundamentais a considerar para elaboração da proposta de intervenção são: definição do problema, priorização do problema, descrição do problema, seleção dos nos crítico, desenho das operações, identificação dos recursos críticos de uma operação, elaboração do plano operativo, gestão de plano. E muito importante para o êxito de uma intervenção ter segurança da capacitação da equipe executora, assim como a seleção do grupo que vai participar da mesma. O projeto de intervenção envolve os pacientes cadastrados como hipertensos na UBSF Marta Helena, com idades maiores a 18 anos.

## 5. REVISÃO DA LITERATURA.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (MALTA, 2009).

Quase um quarto dos brasileiros adultos tem de enfrentar a hipertensão, mas o maior controle da doença tem diminuído fortemente o número de complicações ligadas à doença, que chegaram em 2012 ao menor patamar dos últimos 10 anos. De acordo com a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel 2012, 24,3% da população têm hipertensão arterial, contra 22,5% em 2006, ano em que foi realizada a primeira pesquisa (PORTAL BRASIL, 2013).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (SCALA, 2007).

Segundo Whitworth, Chobanian (2003), e Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007), nas últimas décadas, muitos estudos epidemiológicos confirmaram a hipertensão arterial como fator de risco para esse grupo de doenças.

Considera-se como critério diagnóstico de hipertensão arterial, para maiores de 18 anos, o achado de graus pressóricos maiores que 140 mm Hg para a pressão sistólica e 90 mm Hg para a pressão diastólica. É possível classificar a hipertensão arterial sistólica e diastólica respectivamente, de acordo com os valores pressóricos encontrados (DARIUSH, 2006).

- ✓ Ótima: < 120 mm Hg < 80 mm Hg
- ✓ Normal: < 130 mm Hg < 85 mm Hg
- ✓ Limítrofe: 130-139 mm Hg e 85-89 mm Hg

Sendo assim podem ser classificadas, como:

- ✓ Hipertensão sistólica isolada: > 140 mm Hg e < 90 mm Hg
- ✓ Hipertensão estágio 1: 140-159 mm Hg e 90-99 mm Hg
- ✓ Hipertensão estágio 2: 160-179 mm Hg e 100-109 mm Hg
- ✓ Hipertensão estágio 3: > 180 mm Hg e > 110 mm Hg

Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo é realizado(FREITAS,2001).

Alimentação rica em sódio e gorduras, ausência de exercício físico regular, tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais são mencionados como contribuintes para a elevação da pressão arterial, considerando chave para a instalação de doenças cardiovasculares e associação a HA. A prevenção primária da elevação da pressão arterial pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, que incluam o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, do hábito de fumar e da prática de atividade física (OLIVEIRA, 2011).

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (LINDHOLM, 2005).

## 6. PLANO DE INTERVENÇÃO

**Quadro 3: Desenho de operações para o “nó crítico” “Hábitos e estilos de vida inadequados” Problema: Alta incidência de Hipertensão Arterial. USF Marta Helena, em Uberlândia/MG, 2015.**

<b>Nó Crítico 1</b>	Estilos e hábitos de vida inadequados
<b>Operação/Projeto</b>	<b>Vida nova:</b> Estimular e explicar a importância da mudança de hábitos e modos de vida saudáveis.
<b>Resultados esperados</b>	-Melhores hábitos de alimentação, redução de tabagismo, alcoolismo e sedentarismo
<b>Produtos esperados</b>	-Pacientes mais ativos realizando atividade física. -Realização de caminhada. -Programa da campanha educativa na rádio local. -Capacitação da equipe de saúde no trabalho para orientar a população de risco.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Orientações saudáveis. <b>Organizacional:</b> Caminhadas e exercícios físicos. <b>Político:</b> Conseguir o espaço na rádio local.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Político:</b> Articulação Inter setorial. Conseguir o espaço na rádio local. <b>Financeiro:</b> Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<b>Ator que controla:</b> Setor de comunicação social; Secretaria de Educação; Secretário de Saúde e a equipe. <b>Motivação:</b> Favorável; Favorável; Favorável <b>Ações estratégicas de motivação:</b> Não é necessária
<b>Atores Sociais/ Responsáveis:</b>	Equipe Básica de Saúde
<b>Prazo</b>	Novembro 2016



**Quadro 4: Desenho de operações para o “nó crítico” “Desconhecimento dos pacientes sobre a Hipertensão Arterial “Problema: Alta incidência de Hipertensão Arterial. USF Marta Helena, em Uberlândia/MG, 2015.**

<b>Nó crítico 2</b>	Desconhecimento dos pacientes sobre a Hipertensão Arterial.
<b>Operação/Projeto</b>	<b>Saber+Saúde:</b> Fomentar o conhecimento sobre Hipertensão Arterial.
<b>Resultados esperados</b>	População mais informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial.
<b>Produtos esperados</b>	-Programa da campanha educativa na rádio local sobre comunidade saudável. -Avaliação do nível de informação da população de risco.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Capacitação da equipe executora (metodologia, conhecimentos científicos, habilidade comunicativa). <b>Organizacional:</b> Organização da agenda. <b>Político:</b> Articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Político:</b> Conseguir o espaço na rádio local. <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<b>Ator que controla:</b> Setor de comunicação social; Secretaria de Educação; Secretário de Saúde <b>Motivação:</b> Favorável; Favorável; Favorável <b>Ações estratégicas de motivação:</b> Não é necessária
<b>Atores Sociais/ Responsáveis:</b>	Equipe Básica de Saúde
<b>Prazo</b>	Outubro 2016

**Quadro 5: Desenho de operações para o “nó crítico” “Conhecimento insuficiente na população geral sobre medidas para a prevenção da HAS” Problema: Alta incidência de Hipertensão Arterial. USF Marta Helena, em Uberlândia/MG, 2015.**

<b>Nó crítico 3</b>	<b>Conhecimento insuficiente na população geral sobre medidas para a prevenção da HAS.</b>
<b>Operação/Projeto</b>	Saber + Saúde: Organizar a agenda para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.
<b>Resultados esperados</b>	-Agenda organizada -Satisfação dos pacientes pelo atendimento programado -Melhor assistência aos pacientes com fatores de risco
<b>Produtos esperados</b>	-Avaliação de maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção e promoção
<b>Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Necessário para transmissão das informações. <b>Político:</b> Mobilização social e inter setorial; conseguir espaço na rádio. <b>Organizacional:</b> Organização da agenda para realizar capacitação.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Políticos:</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais da área. <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos audiovisuais, material educativo, didático, folder, folhetos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<b>Ator que controla:</b> Equipe de saúde; Secretário de Saúde; Setor de comunicação social. <b>Motivação:</b> Favorável <b>Ações estratégicas de motivação:</b> Não é necessário
<b>Atores Sociais/ Responsáveis:</b>	Equipe Básica de Saúde
<b>Prazo</b>	Novembro 2016

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu confrontar a realidade da hipertensão brasileira com a ESF de Uberlândia/MG. As doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, apresentam altas taxas de prevalência e reduzido controle na maioria das localidades. Porém, é passível de diagnóstico precoce e controle por meio de medidas farmacológicas e não-farmacológicas. O plano de intervenção foi um importante caminho para novas discussões e aprendizados para o controle dessas afecções, no sentido de vislumbrar a redução da ocorrência de eventos cardiovasculares na população acometida pela HAS.

Com o conteúdo discutido na revisão de literatura, discussão com a equipe e o plano de intervenção, foi possível tecer algumas considerações práticas deste trabalho os quais se destacam ações/projetos que possam aumentar o nível de conhecimento sobre os principais fatores de risco da hipertensão arterial e viabilizar mudanças positivas nos hábitos e estilos de vida da população. Acreditamos que o conteúdo deste trabalho possa ser utilizado nas atividades de educação permanente das equipes de saúde da família do município, bem como, permitiu reconhecer a importância da ESF e das ações Inter setoriais para a melhoria da saúde coletiva.

## 8.REFERENCIAS.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades@**.Brasília, [online], 2015. Disponível em: <<http://www.censo2002.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).**Censo Populacional 2010**. Brasília,[online], 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 10 mar. 2015.

BRASIL.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE 2008.**Divisão territorial do Brasil e limites territoriais**.Brasília, [online], 2008. Disponível em: <<http://www.censo2008.ibge.gov.br>>. Acesso em 10 mar. 2015.

BRASIL.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. **Produto interno bruto dos municípios, 2004-2008**. Brasília, [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 10 mar. 2015.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006. I Edição, Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>>. Acesso em 2 abr. 2015.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, p.1-48, Fev.2006.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.89, n.3,2007, p.25-79.

BRASIL.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).**Enciclopédia dos Municípios Brasileiros**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 14 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação.**Censo Educacional 2012**.Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso em 14 mar. 2015.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.**Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, n. 95, suppl.1,2010, p. 1-51.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)> Acesso em: 2 abr. 2015.

CHOBANIAN, A.V. et al. **The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure**. The JNC 7 Report. JAMA, v.19, n 289,2003, p. 2560-2572.

DARIUSH, M. et al. Medical Progress: Trans Fatty Acids and Cardiovascular Disease. **The New England Journal of Medicine**, v.15, n.354, abr.2006, p.1601-1613. Disponível em: <<http://content.nejm.org/cgi/content/short/354/15/1601>>. Acesso em: 24 mar.2015.

FREITAS, O.C. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of Sao Paulo, Brazil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.77, n .1, 2001, p.9–21.

LINDHOLM, L.H. et al. Should  $\beta$  blockers remain, first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. **The Lancet**, v.366, 2005, p.1545–1553.

MALTA, D.C. et al. **Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. Saúde Brasil 2008**. Ministério da Saúde. Brasília, 2009, p.337–362.

NAKAMOTO, A.Y.K. Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica, **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.6, n.4, abr. 2012. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5009](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009). Acesso em: 18 fev., 2015.

NAÇÕES UNIDAS. PNUD (2000). **Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil**. Atlas do Desenvolvimento Humano. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em mar.2015.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, **Revista Bioquímica da Hipertensão**. São Paulo – SP, 2011. Disponível em <[Http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com](http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com)>. Acesso em :13 fev., 2015.

PORTAL BRASIL. Hipertensão atinge 24,3% da população adulta. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/hipertensao-atinge-24-3-da-populacao-adulta/pressao-arterial-dados-ms.jpg/view>>. Acesso em: 9 fev., 2016.

ROTHER, E. T. Pesquisa Sistemática x pesquisa narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2.abr. /jun.2007.

SCALA, L.C.N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.88, n.4, p. 452–457.2007.

UBERLÂNDIA. **Conheça Uberlândia**. Portal da prefeitura de Uberlândia. Disponível em: <<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=2508>>. Acesso em 25 abr. 2015.

WHITWORTH, J.A. **Statement on management of hypertension**. International Society Hypertension Writing Group. 2003, World Health Organization (WHO) International Society of Hypertension (ISH). *J Hypertens.* v.21, n.11, 2003, p.1983-1992.