

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIBEL CHACÓN FIGUEROA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SEVERA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA “SAÚDE É FUNDAMENTAL PARA A VIDA” DO
MUNICÍPIO DE MONTE AZUL, MINAS GERAIS.**

Montes Claros / Minas Gerais

2015

MARIBEL CHACON FIGUEROA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SEVERA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA “SAÚDE É FUNDAMENTAL PARA A VIDA” DO
MUNICÍPIO DE MONTE AZUL, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Salime Cristina Hadad

Montes Claros / Minas Gerais

2015

MARIBEL CHACON FIGUEROA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SEVERA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA “SAÚDE É FUNDAMENTAL PARA A VIDA” DO
MUNICÍPIO DE MONTE AZUL, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa – Salime Cristina Hadad - orientadora

Examinador 2 – Profa. – Andréa Clemente Palmier - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 29 de maio de 2015.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela vida, por guiar-me em todas as coisas que permitiu que este trabalho se realizasse. A minha família pelo apoio em tudo . Aos professores por me ensinarem e orientarem ao longo do curso.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e um dos fatores de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, resultando em grande demanda para o Sistema Único de Saúde (SUS) que concentra 75% dos atendimentos. Existem fatores de riscos que influenciam a aparição da Hipertensão Arterial tais como raça negra, idade, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, obesidade, estresse, nutrição inadequada, antecedente familiares entre outros. O Programa Saúde da Família (PSF) é uma ação estratégica idealizada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, prevenção, diagnóstico precoce, e tratamento adequado, para evitar futuras complicações. O presente estudo objetivou propor um plano de intervenção para redução da alta incidência de pacientes com HAS severa na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) “Saúde é fundamental para a vida” do município de Monte Azul, Minas Gerais. Primeiramente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de tipo revisão narrativa considerando as revistas indexadas na biblioteca virtual em saúde (BVS), manuais, diretrizes, livros, textos e materiais oferecidos no Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, foram também pesquisado os registros da própria ESF. Para elaboração do plano de intervenção foi utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional, buscou-se analisar os aspectos que pudessem viabilizar os caminhos para superação do problema e produzir a modificação do modo e estilo de vida das pessoas, melhorar o nível de informação, bem como a organização dos processos de trabalho da equipe.

Palavras -Chaves: Hipertensão Arterial, Atenção primaria de saúde .

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a major public health problem in Brazil and one of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases, resulting in high demand for Unified Health System (SUS) that concentrates 75% of cases. There are risk factors that influence the appearance of Hypertension such as black race, age, physical inactivity, alcoholism, smoking, obesity, stress, inadequate nutrition, family history among others. The Family Health Program (PSF) is a strategic action devised by the Ministry of Health with the aim of improving the health status of the population through the construction of a care model of care based on the promotion, prevention, early diagnosis and proper treatment, to avoid future complications. This study aimed to propose an action plan to reduce the high incidence of patients with severe hypertension in the area covered by the Family Health Team (FHT) "Health is fundamental for life" in the municipality of Monte Azul, Minas Gerais. First, a literature type narrative review considering research journals indexed by virtual health library was performed (BVS), manuals, guidelines, books, texts and materials offered in the Specialization Course in Family Health Strategy, were also searched records ESF's own. To prepare the action plan we used the methodology of Strategic Situational Planning sought to analyze the aspects that could make possible the ways to overcome the problem and produce a modification of the method and style of life, improve the level of information, and the organization of team work processes.

Chaves Words: Hypertension, Primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01	Evolução da situação de pobreza e desigualdade no período de 1991 a 2010 do município de Monte Azul, Minas Gerais.	11
Quadro 02	População total por gênero, local de residência e Taxa de Urbanização, Monte Azul, Minas Gerais, período de 1991 a 2010.	11
Grafico 01	Índice de Desenvolvimento Humano do município de Monte Azul/MG	12
Gráfico 02	Taxa de analfabetismo de pessoas com 10 anos ou mais, Monte Azul, Minas Gerais, 2010.	13
Gráfico 03	Taxa de distorção idade-série Ensino Fundamental e Médio, Monte Azul, Minas Gerais, 2012	13
Gráfico 04	Coleta de Lixo e abastecimento de água e escoamento sanitário, Monte Azul, MG, 2010.	14
Gráfico 05	Percentual de Hipertensos, Monte Azul, Minas Gerais, Brasil, 2013.	15
Gráfico 06	Principais causas de morbidade hospitalar no município de Monte Azul, MG, 2012.	15
Quadro 03	Distribuição por tipo dos estabelecimentos de saúde da rede municipal de saúde do município de Monte Azul, MG, 2015.	16
Gráfico 07	Distribuição dos recursos enviado pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo municipal de saúde segundo programa e valor, 2014.	18
Quadro 04	Situação atual da implantação do(s) Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Equipe(s) de Saúde Bucal e CEO, Monte Azul, 2015	18
Quadro 05	Especialidades por município de atendimento, Monte Azul, MG, 2015.	19
Tabela 01	Recursos Humanos na área de saúde do município de Monte Azul, MG	20
Quadro 06	Principais problemas da área de abrangência da ESF “Saúde é fundamental para Vida”.	22
Quadro 07	Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na área da ESF Saúde e Fundamental Para a Vida.	32
Quadro 08	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema Alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na área da ESF Santo Antoninho	33
Quadro 09	Propostas de ações para a motivação dos atores	34
Quadro 10	Designação de Responsáveis	35

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	09
1.1. Histórico do município	09
1.2 Características sócioeconômica do município de Monte Azul, Minas Gerais	10
1.2.1 Aspectos Demográficos	11
1.2.2 Aspectos Educacionais	12
1.3 Perfil Epidemiológico da população do município de Monte Azul	14
1.4 O Sistema de Saúde do município de Monte Azul	16
1.4.1 Conselho Municipal de saúde	17
1.4.2 Fundo Municipal de Saúde	17
1.4.3 Programa da saúde da Família	18
1.4.4 Sistema de Referência e Contrarreferência	19
1.4.5 Recurso Humano em Saúde	20
1.4.6 UBS “Saúde É Fundamental para a Vida”	20
1.4.7 Diagnóstico situacional de Saúde da Equipe Saúde da Família “Saúde é Fundamental para a vida”	22
2-JUSTIFICATIVA	24
3- OBJETIVOS	26
3.1-Objetivo Geral	26
3.2-Objetivos Específicos	26
4-METODOLOGIA	27
5-REVISÃO DA LITERATURA	28
6-PLANO DE AÇÃO	30
6.1. Desenho da operação	31
6.2. Identificação dos recursos críticos	33
6.3. Análise de viabilidade do plano	33
6.4. Elaboração do plano operativo	34
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

O município de Monte Azul está localizado na região norte do Estado de Minas Gerais a 668 km de Belo Horizonte, capital do estado, tem como principal rodovia de acesso a BR-122 (IBGE, 2010). O município possui uma área total de 994,231 km² e tem como bioma predominante o cerrado/caatinga (IBGE, 2010). Cumpre destacar que o referido município está situado a uma altitude de 582 metros, tendo como clima predominante o semiárido (WIKIPEDIA, 2015).

A gestão atual do município é realizada pelo Prefeito Jose Edvaldo Antunes de Souza, que para a gestão da saúde conta com a Secretária Municipal de Saúde, Wanessa dos Anjos (MONTE AZUL, 2015)

1.1. Histórico do Município

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), Maria Rosária que foi amante do explorador Spinosa, teria sido a primeira pessoa a se fixar às margens do rio Tremedal por volta do século XIX. Em seguida, João Carlos de Oliveira e o coronel Manoel José da Silva colaboraram para o levantamento do povoado de Boa Vista do Tremedal. O território da comunidade foi definido com a doação feita pelo alferes Joaquim Teixeira da Silva das terras entre o rio Tremedal e o local chamado Pau do Morcêgo. A doação foi feita à paróquia de Nossa Senhora das Graças. Ainda de acordo com o IBGE (2010), pela lei provincial nº 1593, de 30/07/1868 e pela lei estadual nº 2, de 14/09/1891 foi o criado Distrito de Boa Vista do Tremedal, subordinado ao município de Rio do Pardo.

A lei provincial nº 2487, de 09/11/1878 desmembrou o distrito de Boa Vista do Tremedal do município de Rio Pardo e o elevou à categoria de vila com a denominação de Boa Vista do Tremedal (IBGE, 2010). Em 1887 foi criado o distrito de Mamonas e em 1891 foi criado o distrito de Santo Antônio do Mato Verde e anexados a Vila de Boa Vista do Tremedal (IBGE, 2010).

Em 04/10/1887 a Vila é elevada à condição de cidade com a denominação de Boa Vista do Tremedal. Na divisão administrativa no ano de 1911, a cidade era constituído de 8 distritos: Boa Vista do Tremedal, Lençóis, Mamonas, Santa Rita, Santo Antônio do Brejo do Martirios, Santo Antônio do Mato Verde, São João do Bonito e São João do Pernambuco (IBGE, 2010).

Em 17/12/1938, o município de Tremedal passou a denominar-se Monte Azul constituído por 4 distritos: Monte Azul (ex-Tremedal), Gameleiras, Mato Verde (ex-Santo Antônio do Mato Verde), São João do Bonito (IBGE, 2010).

Em 12/12/1953, os distritos de Mato Verde e São João do Bonito formaram um novo município denominado de Mato Verde. Em 21/12/1995 o distrito de Gameleiras, é elevado à categoria de município. Em 1997, o município de Monte Azul é constituído do distrito sede, assim permanecendo em divisão territorial datada de 2005 (IBGE, 2010).

1.2. Características socioeconômicas do município de Monte Azul/MG

Entre 2006 e 2010, segundo o IBGE (2010), o Produto Interno Bruto (PIB) do município cresceu 45,2%, passando de R\$ 69,3 milhões para R\$ 109,3 milhões. O crescimento percentual foi inferior ao verificado no Estado que foi de 63,6%. A participação do PIB do município na composição do PIB estadual diminuiu para 0,03% no período de 2006 a 2010. A estrutura econômica municipal demonstrava participação expressiva do setor de Serviços, o qual responde por 75,4% do PIB municipal. Cabe destacar que o setor secundário ou industrial não apresentou crescimento, a participação no PIB era de 11,6% em 2010 contra 11,8% em 2006, estando em sentido contrário ao verificado no Estado, em que a participação industrial cresceu de 27,8% em 2006 para 29,4% em 2010 (BRASIL, 2015).

A renda per capita média de Monte Azul cresceu 178,79% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 128,46, em 1991, para R\$ 176,80, em 2000, e para R\$ 358,13 em 2010 (Quadro 1). Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 5,54%. A taxa média anual de crescimento foi de 3,61%, entre 1991 e 2000, e 7,31%, entre 2000 e 2010. Houve uma importante redução na proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), que passou de 73,31%, em 1991, para 59,26%, em 2000, e para 29,79%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que mede a desigualdade de renda no mundo, passou de 0,55, em 1991, para 0,56, em 2000, e para 0,51, em 2010 (PNUD, 2013).

Quadro 01 –Evolução da situação de pobreza e desigualdade no período de 1991 a 2010 do município de Monte Azul, Minas Gerais.

Renda, Pobreza e Desigualdade - Monte Azul - MG

	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	128,46	176,80	358,13
% de extremamente pobres	48,48	36,28	13,81
% de pobres	73,31	59,26	29,79
Índice de Gini	0,55	0,56	0,51

Fonte: PNUD, 2013

1.2.1 Aspectos Demográficos

Cumprir destacar que em 2010 apontou uma redução da população residente no município, de 24.221 habitantes em 1991 em 2010 viviam no município 21.994 pessoas, com uma densidade demográfica de 22,12 hab./km². A taxa de urbanização do município nesse período passou de 48,16% para 56,46%, o que demonstrado a aumento de população residindo no meio urbano. Há uma predominância da população feminina, 50,72% em 2010, ao passo que nesse mesmo ano a população masculina era de 49,28%. (PNUD, 2013)

Quadro 02 – População total por gênero, local de residência e Taxa de Urbanização, Monte Azul, Minas Gerais, período de 1991 a 2010.

População Total, por Gênero, Rural/Urba e Taxa de Urbanização - Monte Azul - MG

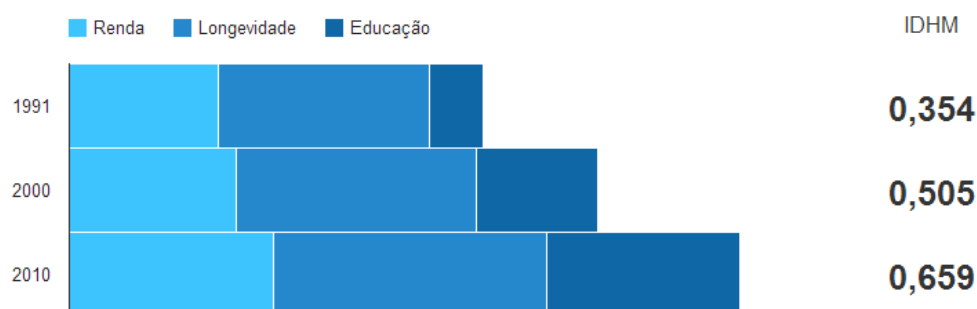
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	24.221	100,00	23.832	100,00	21.994	100,00
População residente masculina	11.946	49,32	11.753	49,32	10.839	49,28
População residente feminina	12.275	50,68	12.079	50,68	11.155	50,72
População urbana	10.093	41,67	11.478	48,16	12.418	56,46
População rural	14.128	58,33	12.354	51,84	9.576	43,54
Taxa de Urbanização	-	41,67	-	48,16	-	56,46

Fonte: PNUD, 2013

É importante ressaltar que o município de Monte Azul apresentou uma evolução significativa em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

Assim, o município saiu de um índice de 0,354 em 1991 para 0,659 em 2010 (Gráfico 02). A dimensão do IDHM que mais contribui para essa evolução foi a Longevidade, seguida de Renda e de Educação. Nessa perspectiva, Monte Azul ocupa a 2924ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

Gráfico 01 - Índice de Desenvolvimento Humano do município de Monte Azul/MG

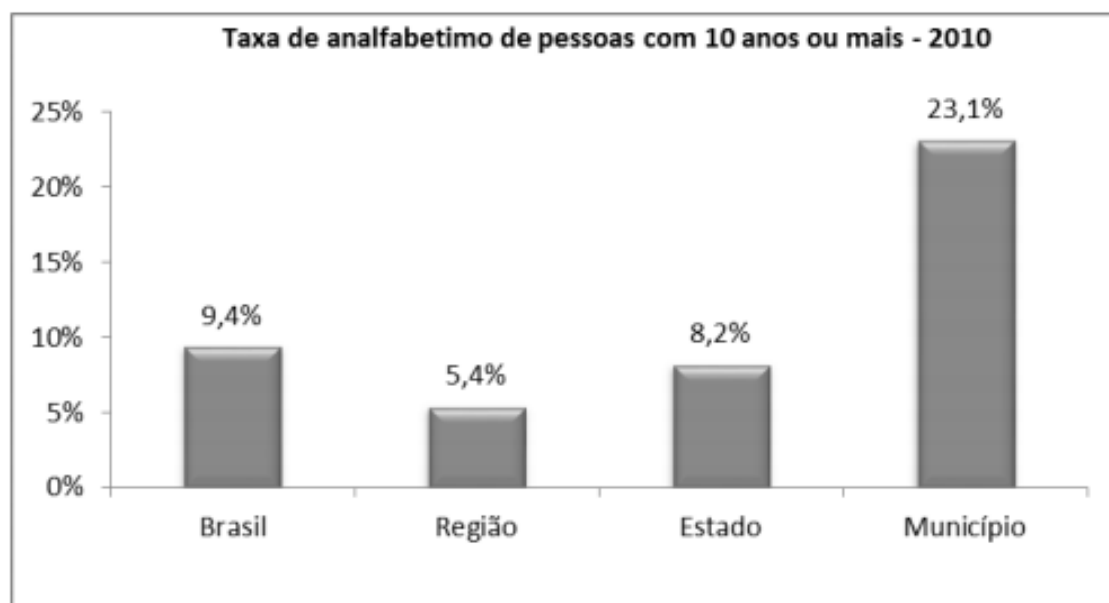


Fonte: PNUD, 2013

1.2.2 Aspectos Educacionais

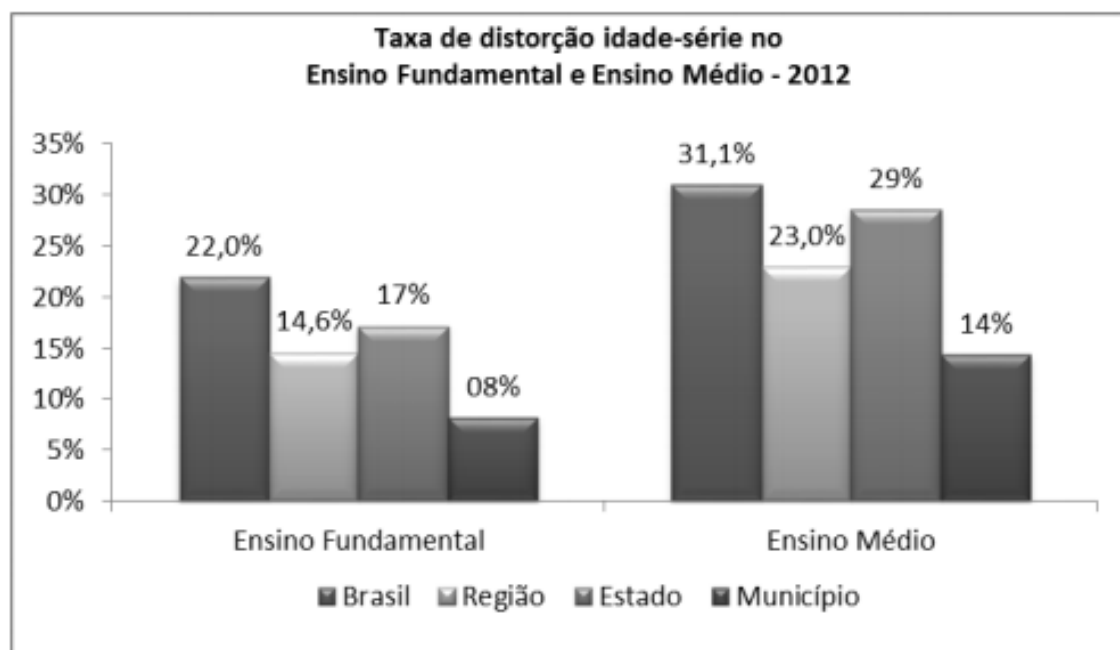
Conforme dados do último Censo demográfico (IBGE, 2010), 23,1% das pessoas de 10 anos ou mais são analfabetas (gráfico 03), a taxa de analfabetismo do município é maior que a do Estado e do país, sendo que 13,8% dos analfabetos residem na área urbana e 29,1% na zona rural. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, a taxa de analfabetismo é de 2,2% (BRASIL, 2015).

Gráfico 02 – Taxa de analfabetismo de pessoas com 10 anos ou mais, Monte Azul, Minas Gerais, 2010.



Fonte: BRASIL, 2015

Gráfico 03 – Taxa de distorção idade-série Ensino Fundamental e Médio, Monte Azul, Minas Gerais, 2012.



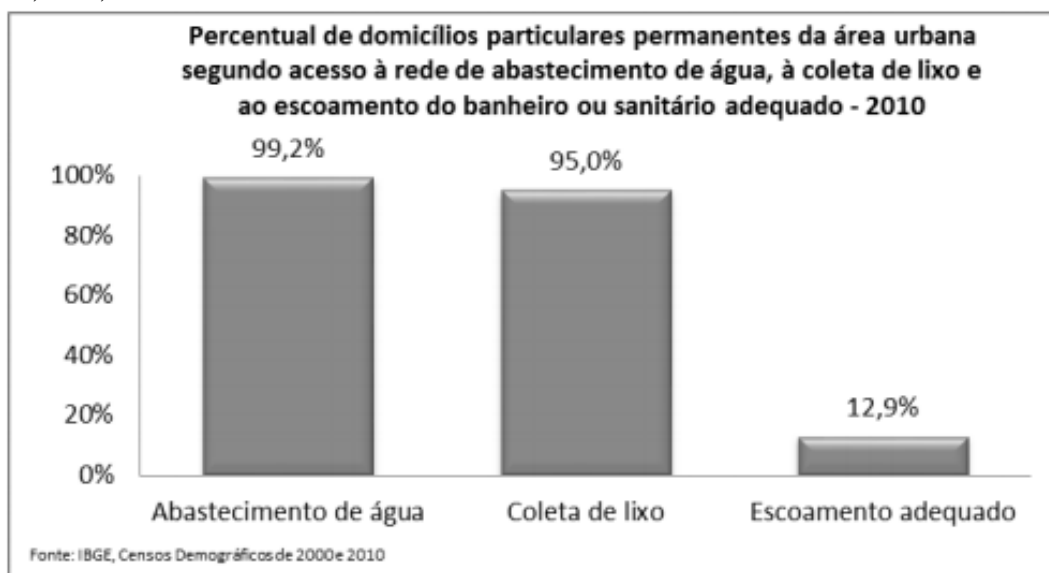
Fonte: BRASIL, 2015

De acordo com dados do INEP, em 2012, a taxa de distorção idade-série no ensino fundamental foi de 3,9% do 1º ao 5º ano e de 12,6% do 6º ao 9º ano. Este indicador permite avaliar o percentual de alunos, em cada série, com idade superior à

idade recomendada. A taxa de distorção idade-série no ensino fundamental municipal foi menor, quando comparada às taxas da Região Sudeste, menor que a do estado e menor que a do Brasil (BRASIL, 2015).

É importante ressaltar as condições de saneamento e serviços correlatos do município, que interferem nas condições de saúde da população. Os dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) revelaram que na área urbana do município a coleta de lixo atende 95% dos domicílios. Quanto à cobertura da rede de abastecimento de água, o acesso nessa área esta em 99,2% dos domicílios particulares permanentes e 12,9% das residências dispõem de esgotamento sanitário adequado.

Gráfico 04 – Coleta de Lixo e abastecimento de água e escoamento sanitário, Monte Azul, MG, 2010.

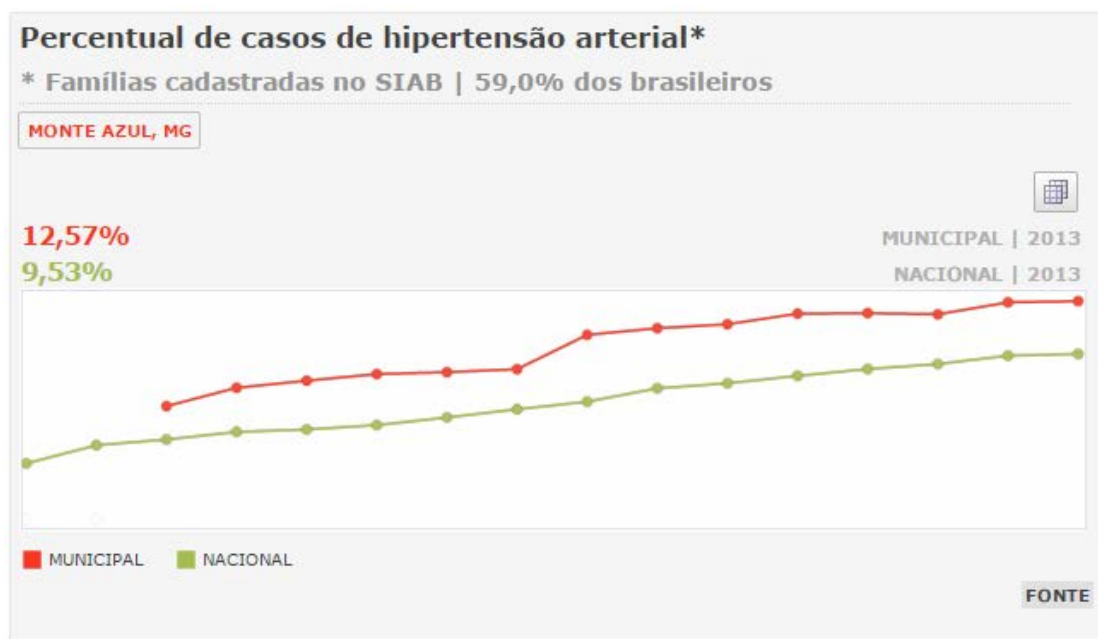


Fonte: BRASIL, 2015

1.3. Perfil Epidemiológico da população do município de Monte Azul

Segundo dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no período de 2013 foi registrado 12,7% de casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) entre as famílias cadastradas no município, enquanto no Brasil a proporção de casos foi de 9,5% (Gráfico 06). Assim, a HAS constitui-se um importante problema de Saúde Pública no município, pois é um fator de risco para as doenças cérebros-vasculares e doenças cardiovasculares com alta taxa de morbimortalidade na população.

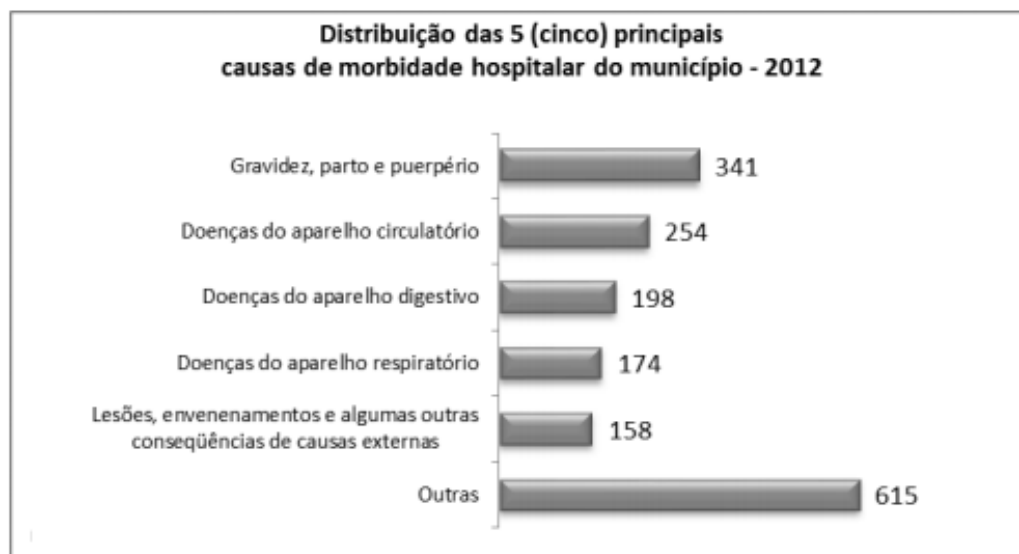
Gráfico 5 – Percentual de Hipertensos, Monte Azul, Brasil, 2013.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) DATASUS

No que concerne à morbidade hospitalar, as principais causas de internação em 2012 foram primeiramente relacionadas à gravidez, parto e puerpério, em segundo as doenças do aparelho circulatório (Gráfico 07).

Gráfico 06 - Principais causas de morbidade hospitalar no município de Monte Azul, MG. 2012.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

As doenças mais frequentes no município na rede ambulatorial são: diabetes, hipertensão, verminoses, transtornos mentais e alcoolismo (MONTE AZUL, 2015). O alcoolismo tem se mostrado relacionada a diversas doenças (cirrose, Acidente Vascular Cerebral, câncer e acidentes).

1.4. O Sistema de Saúde do município de Monte Azul

Em termos de saúde, o município de Monte Azul é sede da microregião da Serra Geral de Minas, sendo referência para as consultas médica, exames de média complexidades e atendimento de urgência e emergência.

O município dispõe de uma importante infraestrutura de saúde contando na área pública com 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 7 Postos de saúde, 1 Centro de Especialidades (Tabela 1). A Secretaria de Saúde mantém uma estrita relação com as unidades de saúde. Estas tem um papel fundamental nas informações para oferecer uma atenção continuada e de qualidade para a população segundo suas necessidades.

Quadro 3. Distribuição por tipo dos estabelecimentos de saúde da rede municipal de saúde do município de Monte Azul, MG, 2015.

Tipo de Estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Total
Centro de Saude/Unidade Básica de Saúde	10	-	-	10
Clinica Especializada/ Ambulatorio Especializado	1	-	-	1
Consultório	-	-	1	1
Hospital Geral		1	-	1
Policlínica	-	-	1	1
Posto de Saúde	7	-	-	7
Pronto Socorro Geral	-	-	1	1
Secretaria de Saúde	1	-	-	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	-	-	1	1
Total	19	1	4	24

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (2015)

A rede municipal de saúde presta atendimento em atenção primária por meio das UBS e postos de saúde, sendo assegurada a referência para as unidades da rede especializada, buscando garantir a integralidade da atenção. Essa rede de atenção se

mantêm por meio das secretarias municipais de saúde e do relacionamento entre municípios vizinhos.

1.4.1. Conselho Municipal de Saúde

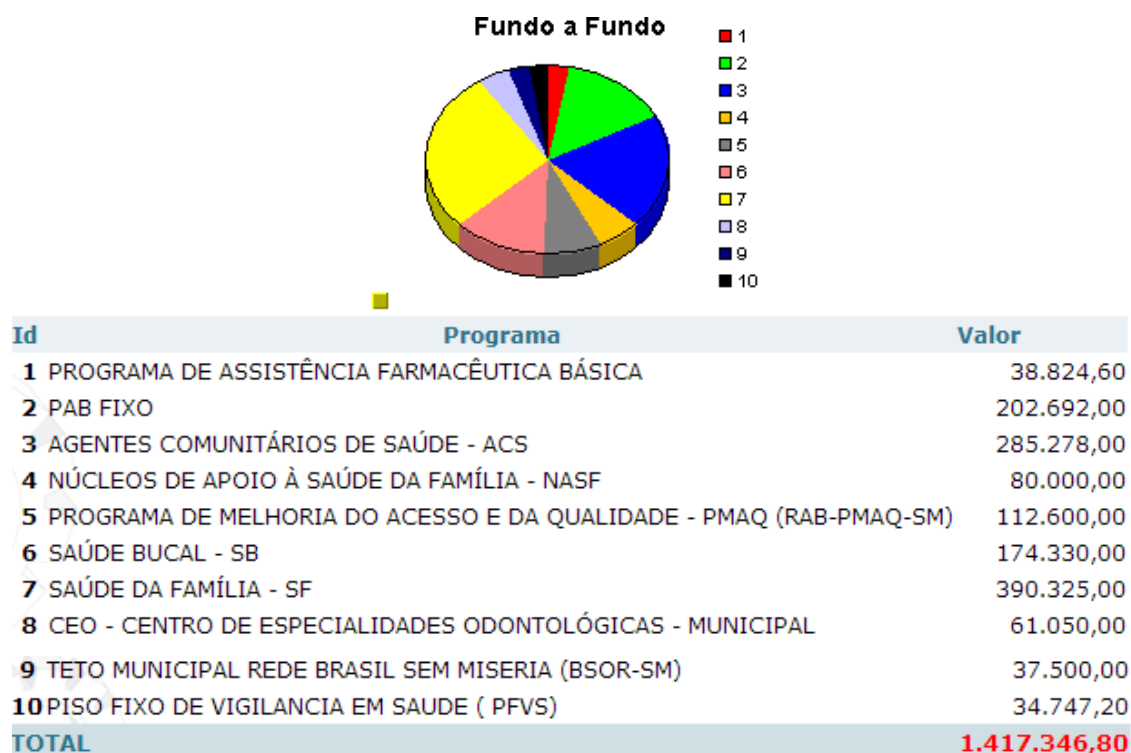
Dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação ou controle social na saúde destaca-se como de grande importância, pois é a garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas de saúde.

Assim, os Conselhos de Saúde são definidos como organismos colegiados de caráter deliberativo e permanente, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que a representação dos usuários se dá de forma paritária em relação aos demais segmentos. Também estão presentes em todas as esferas de governo: conselhos municipais, conselhos estaduais e Conselho Nacional de Saúde (ARANTES, et al 2007)

1.4.2. Fundo Municipal de Saúde

No que se refere ao financiamento da rede municipal de saúde, o mesmo se dá por repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Observa-se que em 2014 o município de Monte Azul recebeu um total de R\$ 1.417.346,80. Destes, R\$ 38.824,60 foram destinados ao Programa de Assistência Médica Farmacêutica básica, já o PAB Fixo recebeu R\$ 202,692,00. Não obstante, o Programa Agentes Comunitários de Saúde recebeu R\$ 285.278,00, o Programa Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por sua vez, recebeu o financiamento de R\$ 80.000,00, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) recebeu o financiamento de R\$ 112.600,00. Por conseguinte, o município recebeu R\$ 174.330,00 do Programa Saúde Bucal, já através do Programa Saúde da Família foi repassado ao município R\$ 390.325,00. Finalmente, através do Programa CEO o município recebeu o financiamento de R\$ 61.050,00, o Programa Teto Municipal Rede Brasil Sem Miséria destinou R\$ 37.500,00 e o Piso Fixo de Vigilância em Saúde destinou R\$ 34.747,20 (BRASIL, 2015).

Gráfico 07 – Distribuição dos recursos enviado pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo municipal de saúde segundo programa e valor, 2014.



Fonte: Ministerio da Saúde (BRASIL, 2015).

1.4.3. Programa da saúde da Família

O município de Monte Azul apresenta 100,0% de cobertura de Atenção Básica com o Programa Saúde da Família, com 10 ESF (BRASIL, 2014).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as ESF. Nessa perspectiva, o município de Monte Azul possui 01 NASF (Tipo I) credenciado e implantado com financiamento mensal de R\$ 20.000,00. O município possui um teto de 02 NASF, ou seja, pode ser implantado mais um NASF no município (Quadro 03).

Quadro 04 - Situação atual da implantação do(s) Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Equipe(s) de Saúde Bucal e CEO, Monte Azul, 2015.

Tipo	Teto	Credenciado	Implantado	Valor Mensal de repasse(R\$)
NASF I	2	1	1	20.000,00
ESB I	1	1	0	0,00
ESB II	0	8	8	35.760,00
CEO I	-	-	1	8.250,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Monte Azul (MONTE AZUL, 2015).

O município de Monte Azul apresenta também uma cobertura de Saúde Bucal de 100,00 %, se considerada somente a Estratégia Saúde da Família. Assim, o quadro acima mostra que existe 01 Equipe Saúde Bucal I credenciada, mas ainda não implantada. Contudo, já existem implantadas no município 08 Equipes Saúde da Família que recebem um valor mensal de R\$ 35.760,00 reais.

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade definida segundo a Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011): diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Dessa forma, observa-se que existe no município 01 Centro de Especialidades Odontológicas com um financiamento mensal de R\$ 8.250,00 reais.

1.4.4. Sistema de Referência e Contrarreferência

O município de Monte Azul configura-se como um polo regional de atendimento em algumas especialidade, entre as quais podemos citar: Psiquiatria, Cardiologia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Ortopedia, conforme Quadro 5 da Secretaria Municipal de Saúde.

Não obstante, cumpre destacar o atendimento de algumas especialidades são realizados em cidades vizinhas como Janaúba e Montes Claros.

Quadro 05 – Especialidades por município de atendimento, Monte Azul, MG, 2015.

Especialidade	Município de Atendimento
Psiquiatria	Monte Azul. Montes Claro
Neurologia	Janaúba. Montes Claro
Cardiologia	Monte Azul. Janaúba
Pediatria	Monte Azul
Ginecologia e Obstetrícia	Monte Azul
Oftalmologia	Janaúba. Montes Claro
Ortopedia	Monte Azul. Janaúba. Montes Claro

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Monte Azul (MONTE AZUL, 2015).

1.4.5. Recursos Humanos em Saúde

A política de saúde tem como um dos seus principais elementos norteadores os seus trabalhadores. Nessa perspectiva, torna-se fundamental, para uma boa oferta de serviços, um quadro de recursos humanos qualificado.

Dessa forma, o município possui 21 médicos de várias especialidades, todos atendem pelo SUS, dispondo de 0,9 médicos para cada 1000 habitantes; 15 dentistas, 16 enfermeiros, 1 fonoaudiólogo, 1 nutricionista, 8 farmacêuticos, 1 assistente social, 1 psicólogo, 12 auxiliares de enfermagem e 4 técnicos de enfermagem.

Tabela 1 – Recursos Humanos na área de saúde do município de Monte Azul, MG.

Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof SUS/1.000 hab
Médicos	21	21	-	0,9	0,9
.. Anestesista	1	1	-	0,0	0,0
.. Cirurgião Geral	2	2	-	0,1	0,1
.. Clínico Geral	3	3	-	0,1	0,1
.. Gineco Obstetra	2	2	-	0,1	0,1
.. Médico de Família	8	8	-	0,4	0,4
.. Pediatra	2	2	-	0,1	0,1
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	15	14	1	0,7	0,6
Enfermeiro	16	16	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	4	4	-	0,2	0,2
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,0	0,0
Nutricionista	1	1	-	0,0	0,0
Farmacêutico	8	8	-	0,4	0,4
Assistente social	1	1	-	0,0	0,0
Psicólogo	1	1	-	0,0	0,0
Auxiliar de Enfermagem	12	12	-	0,5	0,5
Técnico de Enfermagem	4	4	-	0,2	0,2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Monte Azul (MONTE AZUL, 2015).

1.4.6. UBS “SAÚDE É FUNDAMENTAL PARA A VIDA”

A Equipe Saúde da Família “*Saúde é fundamental para a Vida*” fica localizada na Rua Rui Barbosa, 365 no bairro Pernambuco. O horário de funcionamento é de 7.00 às 17.00 hs. O quadro de Recursos humanos da unidade é composto por 38 profissionais, distribuídos da seguinte forma:

Equipe de apoio:

- 02 Recepcionista
- 03 Guardas

- 04 Serviços Gerais

Equipe de atendimento:

- 15 Agente Comunitário Saúde (ACS)
- 02 Atendente de Enfermaria
- 04 Técnica enfermagem
- 03 Enfermeiras
- 01 Auxiliar de Dentista
- 01 Dentista
- 02 Médicos

A área física da unidade dispõe de:

- 01-Recepção
- 01-Consultorio Odontologia
- 01-Sala de curativo
- 01-Rouparia
- 01-Farmácia
- 01-Copa
- 01-Sala de Reunião
- 01-Sala de cuidados Básicos
- 01-Sala de espera
- 01-Sala de vacina
- 03-Consultório de clínica médica
- 02-Consultorio de Enfermagem
- 01-Central de Esterilização
- 01-Espurgo
- 07-Banheiros

A área de abrangência da unidade é composta por 1.506 famílias, um total de 6.611 habitantes, fazendo a cobertura dos bairros Esplanada, São José, Bela Vista, Rodrigues, Alto São Joao e algumas comunidades rurais, atendendo cerca de 750 famílias.

A taxa de alfabetização é de 25,2%, a taxa de emprego 76%. Na área urbana a Prefeitura se configura como o maior empregador, seguido do comércio local. Na zona rural é a Agricultura familiar é a base a economia. A comunidade possui escola de 1º e 2º graus, creches, igrejas. Também possui serviços de luz elétrica, água encanada e telefonia .

1.4.7. Diagnostico situacional de Saúde da Equipe Saúde da Família “Saúde é fundamental para a vida”

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF “Saúde é fundamental para Vida”, realizado neste ano, foram identificados os seguintes problemas: hipertensão arterial, diabetes, saneamento básico deficitário, coleta de lixo deficiente, hipercolesterolêmica e gravidez na adolescência.

Quadro 06 – Principais problemas da área de abrangência da ESF “Saúde é fundamental para Vida”.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Hipertensão arterial	Alta	8	Parcial	1
Diabetes	Alta	7	Parcial	2
Saneamento básico deficitário	Alta	7	Fora	3
Coleta de lixo deficiente	Alta	7	Fora	4
Hipercolesterolemia	Alta	6	Parcial	5
Gravidez na adolescência	Alta	6	Parcial	6

Fonte: ESF“Saúde é fundamental para a vida”

Nesse cenário, foram identificados alguns problemas de saúde na referida área, entre os quais: alta prevalência de hipertensão arterial, alta prevalência de diabetes *Melittus*, coleta de lixo deficiente, saneamento básico deficitário, alta prevalência de hipercolesterolemia, alta prevalência de gravidez na adolescência. No Quadro 06, tem-se como problema prioritário a alta prevalência de hipertensão arterial. Esta pode ser definida como uma doença ou como um fator de risco para doenças cardiovasculares.

A hipertensão arterial se configura atualmente como um grave problema de saúde pública. Na área coberta pela Equipe Saúde da Família supracitada tem-se um

total de 300 usuários identificados, dos quais 58% são homens e 42% mulheres. Não obstante, tem-se que 55% dos hipertensos identificados têm mais de 50 anos de idade.

Assim, o problema, no território em análise, é produzido em função de maus hábitos alimentares, que representam 25% dos casos identificados; fatores hereditários, que representam 30% dos casos e sobretudo, o estilo de vida, que representa cerca de 45% dos casos.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial é definida como uma pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg; essa definição serve para caracterizar um grupo de pacientes que correm risco de doenças cardiovasculares relacionada com a hipertensão alta o suficiente para merecer atenção médica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem se consolidado nas últimas décadas como um dos mais preocupantes problemas de saúde em Brasil e no mundo, resultando em grande demanda para o Sistema Único de Saúde, que concentra 75% dos atendimentos, nos diversos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A hipertensão arterial é uma doença crônica que, quando não tratada e controlada adequadamente, pode levar a complicações que podem atingir outros órgãos e sistemas. Assim, a hipertensão arterial está associada a doenças cardiovasculares que possuem uma alta prevalência na população brasileira, sendo responsáveis por um grande número de mortes no Brasil (BRASIL, 2010).

Cerca de 20 % da população adulta desenvolve hipertensão arterial, mais de 90% sem causa identificável que se desencadeia devido a alguns fatores como obesidade, ingestão de sódio e gordura saturada, uso excessivo de cafeína, álcool, tabagismo dentre outros (PAIVA; SANABRIA, 2008).

Conforme Cunha *et al.*(2012), esta doença crônica caracteriza-se como a mais comum em idosos, com prevalência igual ou superior a 60% tantos em países desenvolvidos, assim como na América Latina e Caribe.

Dourado *et al* (2012) esclareceram que para evitar as complicações da hipertensão, a principal estratégia baseia-se no tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

O desafio representado pela implantação do SUS e a Estratégia de Saúde da Família, exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Toda extensão do problema supracitado mostra a necessidade de um planejamento estratégico multidisciplinar e de ações específicas por parte da equipe de saúde da família, com um acompanhamento sistematizado para cada grupos de alto risco a população mais sensível as complicações cardiovasculares.

Desta forma, considerando o grande número de hipertensos residentes na área de abrangência da Equipe Saúde da Família “*Saúde é fundamental para a Vida*” foi proposto um plano de intervenção buscando reduzir a ocorrência de hipertensão arterial severa nesse território.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para reduzir a ocorrência de hipertensão arterial severa na área de abrangência da Equipe Saúde da Família “Saúde é Fundamental para a Vida”, do município de Monte Azul, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar os fatores determinantes da hipertensão arterial severa na área de abrangência da equipe de Saúde da Família “Saúde é fundamental para a Vida”;
- ✓ Estabelecer e organizar um plano com ações preventivas para a hipertensão arterial severa a serem realizadas pela ESF.

4 METODOLOGIA

O processo de Planejamento Estratégico Situacional diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas que podem ser aplicadas a qualquer tipo de organização que tem como objetivo uma mudança situacional futura.

Planejamento Estratégico Situacional é um método e uma teoria de Planejamento estratégico Público. Foi concebido para servir aos dirigentes políticos. Seus temas são de problemas públicos e é também aplicável a qualquer órgão cujo centro do jogo seja o social. (HUERTAS, 1997, p. 22)

Nesse sentido, este Projeto já cumpriu algumas etapas do Planejamento Estratégico. Assim, inicialmente cumpriu-se o momento explicativo, ou seja, elaborou-se uma seleção descrição e explicação do problema selecionado. Posteriormente, cumpriu-se o momento normativo através da elaboração de uma plano de intervenção para enfrentar o problema da hipertensão arterial. Não obstante, no momento estratégico buscou-se analisar os aspectos que pudessem viabilizar os caminhos para superação do problema. Procurou-se ainda levantar informações em órgão. Por fim, foi realizada também uma pesquisa de campo, com o objetivo de traçar o perfil dos hipertensos cobertos pela Equipe de Saúde supracitada. Para tanto, foi utilizado um formulário para coleta de dados. Também foi realizada uma pesquisa na base de dados municipal e também federal do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Para o levantamento bibliográfico foi utilizado o descritor hipertensão, sendo realizada pesquisas nas bibliotecas virtuais da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e oferecida pelo curso, tendo sido utilizados 18 artigos.

5. REVISÃO DE LITERATURA.

A hipertensão arterial é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular por apresentar alta prevalência e ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores (CAMARGO; BASTOS, 2011).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem apresentado um papel preponderante para a ocorrência direta ou como fator de risco quando se pensa na morbidade e mortalidade no contexto das patologias do sistema cardiocirculatório. Numa revisão de 44 estudos em 35 países foi demonstrado que a HAS acomete em torno de 30% da população na faixa etária adulta, com apresentação de índices maiores nas pessoas do sexo masculino (HELENA; NEMES; NETO, 2010).

O controle da HAS depende dos padrões de vida e alimentação do indivíduo (atividade física regular, redução do consumo de álcool, combate ao tabagismo, e se recomendado o uso de anti-hipertensivos). Porém, estima-se que um terço das pessoas que se tratam regularmente nos serviços de saúde mantêm seus níveis pressóricos adequados. A não adesão ao tratamento medicamentoso neste momento toma um papel preponderante para a ocorrência deste problema (HELENA; NEMES; NETO, 2010).

A adoção de hábitos de vidas saudáveis por todas as pessoas é essencial para a prevenção do desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo indispensável como parte do tratamento (CORRÊA *et al*, 2006).

Aos atores envolvidos na atenção primária (profissionais e gestores), principalmente os que estão inseridos na estratégia saúde da família, resta o desafio de atuar com precisão propondo abordagens coletivas (grupos, campanhas e outros), além de ações individuais na rotina das unidades (consultas médica, de enfermagem), acrescentando-se nesse mesmo contexto uma atuação efetiva dos ACS nas visitas domiciliares, todo esse esforço precisa ter o foco na melhor adesão dos portadores de HAS à terapêutica prescrita (HELENA; NEMES; NETO, 2010).

A mudança no estilo de vida, com alimentação equilibrada, redução do consumo de sal, controle de peso, prática de atividade física, dentre outras, é de fundamental importância para o controle da hipertensão arterial, e redução do risco de morbimortalidade global por doença cardiovascular (BRITO; PANTAROTTO; COSTA, 2011).

De acordo à Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007) tanto fatores ambientais como genéticos podem contribuir para as variações regionais e raciais da pressão arterial, bem como na prevalência da hipertensão. Estudos indicam que sociedades que passam por mudanças de locais como de um local menos industrializado para um mais industrializado, refletem numa profunda contribuição ambiental para a pressão arterial.

Sabemos que a obesidade e o ganho de peso são fortes e independentes fatores de risco para a hipertensão, com isso estima-se que 60% dos hipertensos apresentam mais de 20% de sobrepeso. Entre as populações, observa-se a prevalência da hipertensão arterial aumentada com relação à ingestão da NaCl e ingestões dietéticas baixas de cálcio e potássio o que pode contribuir para o risco da hipertensão. Quanto aos fatores ambientais como o consumo de álcool, estresse psicoemocional e níveis baixos de atividade física também podem contribuir para a hipertensão (FAUCI *et al.* , 2008.).

6- PLANO DE AÇÃO

Primeiro passo: Identificação dos problemas

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF “Saúde é fundamental para Vida”, realizado neste ano, foram identificados os seguintes problemas: hipertensão arterial, diabetes, saneamento básico deficitário, coleta de lixo deficiente, hipercolesterolêmica e gravidez na adolescência. Considerando-se os critérios anteriores o problema alta prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial Severa na área da ESF Saúde e Fundamental Para a Vida foi selecionado como prioridade 1.

Segundo passo: Descrição do problema priorizado

Para caracterizar e ter a ideia da dimensão do problema foram e utilizados dados fornecidos por Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e por registro da equipe, relacionando os determinantes de estilos de vida, meio ambiente, biológicos e de organização dos serviços de saúde com os fatores de risco para a doença e a morte. Segundo dados do SIAB no período de 2013 foram registrados 578 casos de Hipertensão Arterial severa no município. Assim, a mesma constitui-se num importante problema de Saúde Pública em o país, município e nossa área, pois é um fator de risco para as doenças cérebros-vasculares e doenças cardiovasculares com alta taxa de morbimortalidade na população.

Foram selecionados alguns problemas relacionados com a hipertensão Arterial Severa e identificados entre os pacientes com Hipertensão Arterial Severa: 59 pacientes com hábitos e estilo de vida não saudável; 26 pacientes com sobrepeso ou Obesidade; 80 pacientes com níveis educacional baixo, 30 pacientes com sedentarismo, 15 pacientes com condições financeiras precárias e 112 pacientes com estresse.

Terceiro passo: Explicação do problema

Conforme Campos, Faria e Santos (2010) nesse momento o objetivo é entender a gênese do problema a ser enfrentado. Para explicar o problema identificado deve-se conhecer sua causa, geralmente a causa de um problema é outro problema.

A Hipertensão Arterial vem aumentando muito nos últimos anos na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família. O modelo econômico e social leva a um

ambiente cultural e socioeconômico específico em cada região, a população local possui hábitos de vida não saudáveis que podem ser tanto por condições financeiras quanto por aspectos culturais, sendo os principais determinantes: a alimentação inadequada (por exemplo, as pessoas fazem o uso a gordura de porco em vez de óleo vegetal, por acharem que a comida com gordura animal é mais forte e sustenta mais), falta de atividade física (praticamente em todas as casas tem algum meio de transporte, principalmente motocicleta, com isso as pessoas ficaram mais sedentárias) com sobrepeso e obesas.

Quarto passo: Seleção dos nós críticos

Assim, o problema, no território em análise, é produzido em função de maus hábitos alimentares, que representam 25% dos casos identificados; fatores hereditários, que representam 30% dos casos e sobretudo, o estilo de vida desregrado, que representa cerca de 45% dos casos.

6.1. Desenho da operação

Os nós críticos podem ser enfrentados por meio de uma política de promoção da saúde, que pode ser realizada com campanhas de monitoramento e de uma educação permanente em saúde, orientação, educação sobre alimentação adequada para diminuir o consumo de sal e de gorduras animais, aumentar a ingestão de frutas, verduras, cereais integrais leite e derivados desnatados. O controle de peso com incentivar as atividades físicas pode ajudar na eliminação de fatores de riscos como: obesidade, dislipidemias. A redução do estresse, por meio de mais opções de lazer e ofertar de mais empregos. O aumento conhecimento da população sobre doenças agudas e crônicas mais frequentes com capacitação e orientações sobre como realizar as modificações em seu estilos de vida.

Quadro 07 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Alta prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na área da ESF Saúde e Fundamental para a Vida.

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida não saudáveis	+Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Melhorar a qualidade de vida da população em geral, de forma que se preocupem com hábitos e estilo saudáveis.	Programa educativo na rádio local e palestras em Associações comunitárias sobre alimentação saudável, sedentarismo; Grupos operativos sobre os diversos temas relacionados a vida saudável.	Organizacional - para caminhadas Cognitivo - informação estratégica Político - conseguir o local, mobilização social intersetorial com a redes. Financeiro - para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de conhecimento	Saber+ Aumentar o conhecimento da população sobre os riscos de hipertensão arterial	População Mais informada sobre os riscos de hipertensão arterial	Avaliação do nível de informação da população de risco; Campanha educativa na rádio local e palestras em Associações Comunitárias	Cognitivo ++ Conhecimento sobre estratégias de comunicação. Organizacional + organizada agenda. Político - mais articulação Inter setorial

6.2. Identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Em síntese: o objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação.

Quadro 08 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema Alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na área da ESF Saúde e Fundamental para a Vida.

Operação/Projeto	Recursos críticos
+ Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Político > conseguir o espaço na rádio local e promover uma educação permanente nas Associações Comunitárias; Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos
Saber + Aumentar o conhecimento Da população sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica	Político > conseguir o espaço na rádio local; articulação Inter setorial Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos

6.3. Análise de viabilidade do plano

A ideia central que preside esse passo - análise de viabilidade - é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir

operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.

Quadro 09 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que Controla	Motivação	
+Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Político: conseguir o espaço na rádio local	Setor de comunicação social.	Favorável	Não é necessária
	Político > articulação Inter setorial com a rede de ensino	Secretario de educação	Favorável	Apresentar o projeto para os diretores das escolas
Saber + Aumentar o conhecimento da população sobre os riscos de hipertensão arterial severa	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos ect.	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária

6.4. Elaboração do plano operativo.

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

Quadro 10 – Designação de Responsáveis

Operação e Sub-Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+Saúde - Vivendo com Estilo	Diminuir 20% de tabagismo, Álcool e Estresse	Campanha na radio local, incentivo, Pratica de esporte	Apresentar o projetos ao executivo	Equipe da saúde da familia	6 meses
+Saúde - Vida Saudavel	Diminuir 20% dos pacientes obesos	Acompanhamento com nutricionista do território Incentivar a prática de atividades física	Associação comunitaria	Equipe da saúde da familia	6 meses
Alimentação de qualidade	Melhorar qualidade de alimentação	Campanha educativa em toda sociedade e Campanha do território da UBS	Associação comunitária	Equipe da saúde da familia	4 meses
Saber + - Saber mais para cuidar melhor	Ter uma população mais informada e menos vulnerável	Campanha Educativa em toda sociedade ,Campanha específica nas escolas, e Campanha no território da UBS	Não necessario	Equipe da saúde da familia	3 meses

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do projeto possibilitou o conhecimento da realidade em relação à situação demográfica socioeconômica e epidemiológica e de serviços do município, possibilitou definir as ações a serem implantadas para enfrentar os problemas identificados e para avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações com a finalidade de melhorar a qualidade de vida de os pacientes. Educar, orientar, fazer mudanças em equipe e população, modificar os hábitos e estilos de vida e controlar o problema prioritário.

A educação para a saúde na atenção primária, especialmente na Estratégia de Saúde da Família é um dos principais elementos de promoção da saúde, em conjunto com o conhecimento dos profissionais sobre os fatores de risco torna mais fácil implementar um processo de intervenção de forma positiva.

Para os profissionais de saúde da ESF Monte Azul será um grande desafio o enfrentamento em busca da diminuição do número de pessoas com Hipertensão Arterial através da modificação do modo e estilo de vida das pessoas, o nível de informação, bem como melhor organização dos processos de trabalho da equipe.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, Cássia Irene Spinelli; MESQUITA, Camila Campos; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira and OGATA, Márcia Niituma. **O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2007, vol.16, n.3, pp. 470-478. ISSN 0104-0707.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). Panorama Municipal – Monte Azul / MG. 2015. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/carrega_pdf.php?rel=panorama_municipal>. Acesso em 24 de março de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS - Sistema de Informação da Atenção Básica. Cadastramento Familiar. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>>. Acesso em: 24 de março de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial Sistêmica para o sistema Único de Saúde.** Brasília. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.15.2006a.
- BRASIL. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Série Cadernos de Atenção Básica, nº15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p.
- BRITO ES; PANTAROTTO RFR; COSTA LRLG. **A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE)**, 2011, 265 p.
- CAMARGO AC; BASTOS VP. **Manual de Orientação Clínica. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).** São Paulo: SES/SP.2011. 11-14 p.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 118p.
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.
- CORREA TD; NAMURA J. J; SILVA CAP; CASTRO MG; MENEGHINE A; FERREIRA C. **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento.** 2005.
- CUNHA, P. R. M.S. *et al.*(2012). Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Revista Pesquisa Saúde.** v13, n. 3. 2012.
- DOURADO, C. S.; COSTA, K. N. F. M.; OLIVEIRA, J. S.; LEALBEDAL, O. D. C. P.; SILVA JUNIOR, G. R. F. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa. Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum Health Sciences.** Maringá, 2011.

FAUCI, Anthony S, et al. Harrison. **Medicina Interna**. Rio de Janeiro: 17ª edição, v. 2., McGraw-Hill, 2008.pg. 1549-1562.

HELENA, E. T. S. de.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, 2010.

HUERTAS, Franco. **Entrevista com Carlos Matus: O método Planejamento Estratégico Situacional**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=314290&search=%7Cmonte-azul>>. Acesso em: 24 mar 2015.

MONTE AZUL. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. 2015.

PAIVA; SANABRIA. **Hipertensão Arterial, AVC: A importância do Enfermeiro nos grupos operativos**. Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde, 2008.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Atlas Brasil**. 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/monte-azul_mg>. Acesso em: 24 março 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v 95, n 1, 2010.

WIKIPÉDIA. A Enciclopédia Livre. **Município de Monte Azul**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Monte_Azul>. Acesso em 24 março de 2015.