

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Arnaud Clavelo Guerra

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO ADULTA.**

Belo Horizonte - Minas Gerais.

2016

SUMÁRIO

1 Introdução -----	Pagina 04
2 Justificativa -----	Pagina 09
3 Objetivo -----	Pagina 10
4 Metodologia -----	Pagina 11
5 Proposta de intervenção -----	Pagina 12
6 Considerações finais -----	Pagina 23
7 Referências -----	Pagina 24

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SÍSTÊMICA NA POPULAÇÃO ADULTA.**

Banca Examinadora:

Nome de Orientadora: Professora Natalia Moreira Ferreira.

Nome de Examinadora: Profesora Dra Emiliane Silva Santiago.

Aprovado em MG em 19 de abril 2016.

1 INTRODUÇÃO

Igarapé é um município da região metropolitana de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais. Localizado na região sudeste da zona metalúrgica, do paralelo 20 sul e 43 oeste. Sua população foi contada em 2010 pelo IBGE em 34 879 habitantes, faz limites com municípios de Mateus Leme (a oeste); Juatuba e Betim (norte), São Joaquim de Bicas (a leste) e Brumadinho e Itatiaiuçu (sul) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, IGARAPE, 2015).

Em 1931, foi criado o Distrito pela Lei 50. Ainda em 1931, o Decreto 10.002, de 30 de julho, transferiu a sede do distrito de São Joaquim de Bicas para o povoado do Barreiro, com o nome de Igarapé, pertencia ao município de Pará de Minas. O Decreto-Lei 148, de 30 de dezembro de 1938, transferiu o Distrito de Igarapé do município de Pará de Minas para o de Mateus Lemes.(IGARAPE, 2015).

A Luta travada por Miguel Henriques da Silva e outros em 1958 em prol da emancipação política do município viu nascer seus frutos quando, em 30 de dezembro de 1962, a Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais aprovou a lei 2.764, criando o município de Igarapé. Igarapé ficou pertencendo ao município de Mateus Lemes até 1963, sendo oficialmente instalado no dia primeiro de março de 1963. (IGARAPE, 2015).

Tem uma área de 109,930 km², representando 0,0282% do território mineiro, 0,0179 da área da região Sudeste do Brasil e 0,0019% de todo o território brasileiro. Desse total 22,9245 km² estão em perímetro urbano. (IGARAPE, 2015).

Relacionado com os aspetos socioeconômicos, o índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Igarapé é considerado elevado pelo

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Seu valor é de 0,806, sendo o trigésimo maior do Estado de Minas Gerais (em 853), o 169º de toda a Região Sudeste do Brasil (em 1.666 municípios) e o 445º de todo o Brasil (entre 5.507 municípios), IBGE 2010.

O serviço de abastecimento de água e coleta de esgoto é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa). Esta empresa atua na cidade desde 1974 e em 1997 a companhia assumiu os serviços de esgotamento sanitário, antecipando assim a renovação do contrato de concessão do sistema de abastecimento de água, onde irá atuar até 2022. O recolhimento de Resíduos sólidos é realizado pela Prefeitura Municipal através de uma empresa terceirizada, que transporta toda a produção para o aterro sanitário. (IGARAPE, 2015).

São recolhidos diariamente em Igarapé 440 toneladas de lixo, sendo 140 toneladas de lixo domiciliar, comercial e público; 19 toneladas de resíduos por compostagem; 480 toneladas resíduos inertes (Entulho, Terra, Capina) e uma tonelada de lixo hospitalar. Igarapé caracteriza-se por uma forte presença siderúrgica e agrícola em sua economia formando parte no triangulo mineiro das Minas Gerais. (IGARAPE, 2015).

A indústria mineira e siderúrgica é o setor mais relevante para a economia. A siderúrgica foi criada, graças ao Plano de metas de JK, que previa a construção de uma usina de grande porte, para produzir aço. A Usiminas exerce uma grande participação na cultura e na vida ativa da cidade, tendo interferido, inclusive, em seu planejamento urbano. No setor terciário 1.992.439 mil reais do PIB municipal são de prestações de serviços, de acordo com o IBGE 2010. (IGARAPE, 2015).

Os principais dados demográficos mostram que Igarapé tem uma densidade demográfica de 317,28 hab./km segundo o senso de 2010 a taxa de analfabetismo de 10-14 anos de idade era de 1,3%, sendo de 15 ou mais anos de idade era de 5,0% no município. (IGARAPE, 2015).

A incidência da pobreza, medida pelo IBGE 2010, é de 15,81%, o limite inferior da incidência de pobreza é de 8,29%, o superior é de 23,33% e a incidência da pobreza subjetiva é de 11,21%. As principais fontes de emprego são geradas pela Indústria Mineira, Siderúrgica e o Comércio. (IGARAPE, 2015).

Em relação ao setor da saúde, a determinação do Ministério da Saúde é que todos tenham o cartão até 2014, com um número único e válido em todo o Brasil. As 10 Unidades de Saúde, a Policlínica de Igarapé são pontos de apoio para efetuar o cadastro dos usuários. (IGARAPE, 2015).

O Conselho Municipal de Saúde está constituído por membros do governo e trabalhadores. As reuniões são realizadas na 3era 5ta de cada mês. Os Conselhos Locais são localizados nos Postos de Saúde e a regularidade de suas reuniões também é mensal. (IGARAPE, 2015).

Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SB, NASF, CEO etc.): Começo no município em 2012. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, IGARAPE, 2015).

De acordo com a Secretária de Saúde de Igarapé (2014) o modo de organização dos serviços está configurado em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, se reafirma a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, Inter equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

Redes de Média Complexidade é formada pela Policlínica Municipal, Centro de Controle de Doenças Infecciosas e Parasitárias (CCDIP) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, IGARAPE, 2015).

Na atenção primária com 23 médicos, 50 enfermeiros, 60 agentes comunitários de saúde e 17 técnicos de enfermagem, com carga Horaria de 40 horas semanais. As unidades de saúde ficam abertas de 7.00 horas às 16.00 horas.

As principais causas de morte no município são as doenças do aparelho cardiovascular, as neoplasias, causas externas e outras causas. (IGARAPE, 2015).

Em Igarapé a comunidade de Vista Alegre conta com uma creche, uma escola de ensino fundamental com campo de futebol, uma igreja e a Unidade Básica de Saúde. A comunidade conta com serviço de luz elétrica em 100% do seu território assim como com serviço de água e telefonia, mas não têm correios e também não tem bancos. (IGARAPE, 2015).

A Unidade Básica de Saúde Vista Alegre está localizada na Avenida Cristiano Chaves, N° 250. Bairro Vista Alegre.

A Unidade possui 10 profissionais: 1 Médico do Programa Mais Médicos para o Brasil, 1 Enfermeira, 1 Técnicas de Enfermagem, 5 Agentes comunitárias de Saúde, 1 Auxiliar de Serviços, 1 administrativo(recepcionista). Dispõe de espaço próprio, com salão de recepção, com área para espera de pacientes contendo cadeiras, bebedouro e televisão; 2 consultórios clínicos, 1 consultório médico e 1 consultório de enfermagem, 1 banheiro, sala de esterilização de materiais e expurgo e 1 sala de procedimentos de enfermagem (pesagem, aferição de pressão arterial, inalação, curativos).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) “Vista Alegre” de um total de 3.153 pessoas, 565 usuários, 17,5 % da população cadastrada sofre de Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS (SIAB, 2015). Este foi o problema identificado como prioritário pela equipe. Na seleção dos nós críticos foram identificados os níveis de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença), os hábitos e o estilo de vida da população pouco saudável e o

processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação do usuário, falta de grupo operativo).

Mediante os controles realizados e os atendimentos feitos pela equipe de saúde foi observado que muitos dos usuários com HAS mantêm níveis pressóricos elevados, principalmente aqueles do sexo masculino e com mais de 45 anos. Há um entendimento da equipe local que não possuem hábitos e estilos de vida adequados. Como uma das causas que incide na aparição da doença é o sedentarismo, o fato dos usuários não praticarem exercícios físicos de forma periódica, agrava o quadro de HAS. O desafio é incrementar os cuidados com os usuários portadores de HAS, mantendo o quadro controlado e prevenindo-os as possíveis complicações.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é um problema grave da saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável pelo menos por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população rural adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, como a alimentação adequada e pouco consumo de sal. Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial na comunidade do PSF Vista Alegre município no Igarapé. (IGARAPE, 2015).

Destaca-se que Equipe de Saúde participou da análise dos problemas levantados e considerou que existem recursos humanos e materiais para se desenvolver um Projeto de Intervenção junto à população portadora de HAS.

Por essas considerações justifica-se a realização deste estudo para propor ações que possam ser implantadas ou implementadas, a fim de melhorar o processo de trabalho de equipe de saúde da família na comunidade do PSF Vista Alegre do município de Igarapé.

3 OBJETIVO GERAL

Diminuir e controlar a incidência de hipertensão arterial sistêmica na comunidade adulta, na Equipe de Saúde da Família no PSF “Vista Alegre”, no Município Igarapé.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Vincular os portadores de HAS à ESF e aos profissionais, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático.
- Promover o auto-cuidado estimulando a prática de hábitos saudáveis e fortalecer a adesão.
- Fornecer informações concretas e precisas a respeito de seu estado de saúde.
- Avaliar os conhecimentos dos pacientes antes e depois da intervenção.

4 METODOLOGIA

Será realizada uma revisão na literatura de publicações em português e espanhol que estejam disponíveis na internet e em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como SCIELO (Scientific Electronic Library Online) , BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) e biblioteca virtual NESCON. Utilizou se como descritores para a busca das produções: Hipertensão, Estratégia Saúde da Família.

A partir da análise dessas publicações, será realizado um plano de intervenção.

Para o enfrentamento do problema de baixa adesão ao tratamento pelos usuários portadores de hipertensão residentes na comunidade de PSF Vista Alegre Município de Igarapé.

O período de busca será de publicações entre 2000 e 2013, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional servirão de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Para a elaboração do Plano de Intervenção serão utilizados os passos descritos no Modulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CAMPOS, 2010):

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Segundo o descrito por Campos; Faria; Santos (2010, p. 58), nesta parte do trabalho procede-se à descrição dos diferentes passos para a elaboração do plano de ação do problema escolhido pela equipe de saúde do ESF Vista Alegre como prioritário.

Primeiro passo: definição dos problemas

Depois de ter realizado o diagnóstico situacional da nossa área de abrangência e discussão com a equipe de saúde da ESF Vista Alegre, foi possível a definição dos problemas, os quais relacionam-se a continuação por ordem de prioridade:

1. Elevada porcentagem de Hipertensos não controlados
2. Elevada porcentagem de Diabetes Mellitus tipo II;
3. Aumento de doenças cardiovasculares;
4. Alta incidência de Dislipidemias;
5. Alta incidência de Doenças Mentais;
6. Alta incidência de Doenças Dermatológicas;
7. Maus hábitos dietéticos;
8. Elevado índice de usuários que consomem droga e álcool;
9. Elevado número de pacientes fumadores;
10. Insuficiência na disponibilidade dos serviços de saúde devido ao retardo na marcação de consultas especializadas.

Segundo passo: priorização de problemas

Os problemas identificados foram priorizados de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento aos mesmos, sendo apresentados no quadro 1.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados. ESF Vista Alegre.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Elevada porcentagem de Hipertensos não controlados	Alta	9	Parcial	1
Elevada porcentagem de Diabetes Mellitus tipo II	Alta	8	Parcial	2
Aumento de doenças cardiovasculares	Alta	7	Parcial	3
Alta incidência de Dislipidemias	Média	5	Parcial	4
Alta incidência de Doenças Mentais	Média	5	Parcial	4
Alta incidência de Doenças Dermatológicas	Média	5	Parcial	4
Maus hábitos dietéticos	Média	4	Parcial	6
Elevado índice de usuários que consomem droga e álcool	Média	3	Fora	7
Elevado número de pacientes fumadores	Média	3	Fora	8
Insuficiência na disponibilidade dos serviços de saúde devido ao retardo na marcação de consultas especializadas	Média	3	Fora	8

Registros de ESF Vista Alegre, 2015.

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Em nossa área de abrangência contamos com 565 pacientes hipertensos cadastrados, o 56 % deles levam acompanhamento pela equipe da ESF Vista Alegre e o 33,61 % apresentam descontrole da doença, sendo assim o problema escolhido como prioritário por constituir uma das principais causas de assistência a consulta médica.

Quarto passo: explicação do problema

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença altamente presente na população adulta, cuja prevalência no Brasil oscila entre 22% e 44%. A HAS é uma doença que atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca de 50% destes não sabem que são hipertensos por serem muitas vezes assintomáticos, sendo considerada importante fator de risco para as doenças cardiovasculares ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral, doença coronariana, insuficiência vascular periférica e cardíaca. Mesmo a população portadora de hipertensão leve está sob o jugo do risco aumentado (SANTOS *et al*, 2005, p.).

A HAS é uma doença crônica e assintomática que constitui uma das principais causas de assistência à consulta médica em nossa área de abrangência e a maior porcentagem dentro das doenças não transmissíveis. Percebem-se a presença de hábitos alimentares inadequados, etilismo, tabagismo, sobre peso e sedentarismo como os principais fatores de risco da mesma.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Depois da análise do problema, pela equipe de saúde foram identificados como "nós críticos":

- A má adesão ao tratamento devido à falta de conhecimento da população sobre a doença;
- Os hábitos e estilos de vida inadequados;
- O processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado.
- Estrutura dos serviços de saúde ineficiente.

Sexto passo: desenho das operações

Após a identificação dos “nós críticos” foi desenhado um conjunto de ações para enfrentar os mesmos; as ações serão desenvolvidas durante a execução do plano.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos”. ESF Vista Alegre.

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Má adesão ao tratamento devido à falta de conhecimento da população sobre doença.	Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS.	População mais informada sobre prevenção, riscos e complicações da HAS. Aumento na adesão ao tratamento.	Palestras educativas em grupos operativos; capacitação dos ACS e cuidadores.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Hábitos e estilos de vida inadequados	+Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Elevar a porcentagem de pacientes hipertensos incorporados à prática de exercício físico e com alimentação saudável.	Aumento da prática de exercício físico diante grupos operativos (grupos de caminhada; grupos operativos para orientação nutricional.	Organizacional: organização dos grupos operativos. Cognitivo: informação sobre o tema, estratégias de comunicação. Político: conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial com a rede. Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos. educativos.
Estrutura dos serviços de saúde ineficiente.	Cuidar Melhor Melhorar a estrutura dos serviços para o atendimento dos pacientes hipertensos.	Garantia de medicamento e exames previstos nos protocolos, assim como consultas especializadas.	Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade assim como a contratação de compra de serviços de consultas especializadas, exames complementares e medicamentos.	Organizacional: envolvimento da equipe; Políticos: decisão de aumentar recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento de oferta de exames, consultas especializadas e medicamentos.
Processo de	Linha de	Cobertura	Protocolos e	Cognitivo: elaboração do

trabalho da equipe de saúde da família inadequado.	Cuidado Implementar linha guia segundo o protocolo da atenção básica para atenção aos pacientes com HAS.	total da população com risco cardiovascular aumentado.	linha guia de cuidados para os pacientes com risco cardiovascular aumentado implementada; recursos humanos capacitados.	projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos.
--	--	--	---	---

Registros de ESF Vista Alegre, 2015.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade depende, com mais ou menos necessidade, algum tipo de recurso, alguns críticos ou indispensáveis.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.69).

Portanto, transformar a realidade depende da disponibilidade dos recursos a favor ou contra as mudanças.

Quadro 3 - Recursos críticos para o enfrentamento dos problemas. ESF Vista Alegre.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Saber +	Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
+Saúde	Político: conseguir local, mobilização social, articulação intersetorial com a rede. Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos.
Cuidar Melhor	Políticos: decisão de aumentar recursos para estruturar o serviço. Financeiros: aumento de oferta de exames, consultas especializadas e medicamentos.

Linha de Cuidado	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
-------------------------	--

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

(...) os objetivos desse passo: Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação; fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano; desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.70-71),

Quadro 4 - Proposta de ações para motivação dos atores. ESF Vista Alegre.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS.	Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
+Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Político: conseguir local, mobilização social, articulação intersetorial com a rede. Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos.	Secretaria de Educação	Favorável	Não é necessária
		Secretário de Saúde	Favorável	
Cuidar Melhor Melhorar a estrutura dos serviços para o atendimento dos pacientes hipertensos.	Políticos: decisão de aumentar recursos para estruturar o serviço. Financeiros: aumento de oferta de	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde	Favorável Favorável Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede.

	exames, consultas especializadas e medicamentos.	Fundo Nacional de Saúde.	Indiferente	
Linha de Cuidado Implementar linha guia segundo o protocolo da atenção básica para atenção aos pacientes com HAS.	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Não necessária é

Nono passo: 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” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.73).

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo. ESF Vista Alegre.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Profissionais Envolvidos	Prazo
Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS.	População mais informada sobre prevenção, riscos e complicações da HAS. Aumento na adesão ao tratamento.	Palestras educativas em grupos operativos; capacitação dos ACS e cuidadores.	Não necessária	é Equipe de Saúde.	Quatro meses para o início das atividades.
+Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Elevar a porcentagem de pacientes hipertensos incorporados à prática de exercício físico e com	Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada,	Não necessária	é Equipe de Saúde.	Início em quatro meses.

	alimentação saudável.	dança, etc.); grupos operativos para orientação nutricional.			
Cuidar Melhor Melhorar a estrutura dos serviços para o atendimento dos hipertensos.	Garantia de medicamentos exames previstos nos protocolos, assim como consultas especializadas.	Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade assim como a contratação de compra de serviços de consultas especializada s, exames complementares e medicamentos.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Secretário de Saúde e Coordenadora de ABS.	Quatro meses para apresentação do projeto e seis meses para aprovação e liberação dos recursos; quatro meses para compra dos equipamentos início em quatro meses.
Linha de Cuidado Implementar linha guia segundo o protocolo da atenção básica para atenção aos pacientes com HAS.	Cobertura total da população com risco cardiovascular aumentado.	Protocolos e linha guia de cuidados para os pacientes com risco cardiovascular aumentado implementada ; recursos humanos capacitados.	Não é necessária.	Secretário de Saúde e Coordenadora de ABS.	Início em três meses.

Décimo passo: gestão do plano

Para lograr a efetividade da implementação de um plano, vai depender de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 6 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Saber +**. ESF Vista Alegre.

Operação: Saber +					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo

Palestras educativas em grupos operativos; capacitação dos ACS e cuidadores.	Equipe de Saúde.	Quatro meses para o início das atividades.	Aguardando implantação		
--	------------------	--	------------------------	--	--

Registro de ESF Vista Alegre, 2015.

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: **+Saúde**. ESF Vista Alegre.

Operação: +Saúde					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumento da prática de exercício físico diante grupos operativos (grupos de caminhada; grupos operativos para orientação nutricional.	Equipe de Saúde.	Início em quatro meses.	Aguardando implantação		

Registro de ESF Vista Alegre, 2015.

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Cuidar Melhor**. ESF Vista Alegre.

Operação: Cuidar Melhor					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade assim como a contratação de compra de serviços de	Secretário de Saúde e Coordenadora de ABS.	Quatro meses para apresentação do projeto e seis meses para aprovação e liberação dos recursos; quatro meses	Aguardando implantação		

consultas especializadas, exames complementares e medicamentos.		para compra equipamentos início em quatro meses.			
---	--	--	--	--	--

Registros de ESF Vista Alegre, 2015.

Quadro 9 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Linha de Cuidado**. ESF Vista Alegre .

Operação: Linha de Cuidado					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Protocolos e linha guia de cuidados para os pacientes com risco cardiovascular aumentado implementada; recursos humanos capacitados.	Secretário de Saúde e Coordenadora de ABS.	Início em três meses.	Aguardando implantação		

Registro de ESF Vista Alegre, 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois da realização do estudo sobre o comportamento da HAS em nossa área de abrangência, podemos concluir que a mesma constitui uma das causas mais frequentes de procura à consulta médica, devido às suas complicações derivadas da má adesão ao tratamento.

Comportamentos que colaboram com a manutenção da hipertensão são: alimentação inadequada, com excesso de sal, gorduras e açúcares e o sedentarismo que levam à obesidade. Outros fatores da persistência da hipertensão são: consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e abandono do tratamento.

A pouca importância e o desconhecimento sobre as causas e complicações da doença são os responsáveis pela má adesão ao tratamento.

Espera-se que, com a implantação das atividades do plano de ação, se consiga ampliar o nível de conhecimento da população adscrita à área de abrangência sobre a HAS, prevenindo complicações, promovendo mudanças favoráveis nos hábitos e estilos de vida dos pacientes.

Espera-se ainda um aporte de recursos críticos necessários para melhorar a estrutura e qualidade dos serviços de saúde oferecidos sem os quais fica difícil garantir um melhor controle desta doença.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores Em Ciências da Saúde**. Brasília [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica, n.16. Brasília, 2006. 58p.

CAMPOS, F.C.C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M.A. dos; **Planejamento e Avaliação das ações de saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

IBGE CIDADES - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 28/01/2015.

Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2000).

IGARAPÉ, Secretaria Municipal de Saúde do município de Igarapé, **Relatório de Gestão**. 2014. 20p.

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/igarape.pdf> Acesso em 28/01/2015 às 14:38 hrs

PERCEPTA. Disponível em: <<http://www.precepta.com.br/blog/prevalencia-de-hipertensao-arterial-brasil/>>. Acesso em 22/12/2014

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/inde.php>>. Acesso em: 09/06/2015