

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

LORENA RIBEIRO MOTA

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA MAIS VIVER, NO MUNICÍPIO DE JANAÚBA - MINAS
GERAIS**

**JANAÚBA - MINAS GERAIS
2016**

|

LORENA RIBEIRO MOTA

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA MAIS VIVER, NO MUNICÍPIO DE JANAÚBA - MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**JANAÚBA - MINAS GERAIS
2016**

|

LORENA RIBEIRO MOTA

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA MAIS VIVER, NO MUNICÍPIO DE JANAÚBA - MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Palmira de Fátima Bonolo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 28/11/2016.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica de alta prevalência, mas com taxas baixas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, as quais se configuram a principal causa de morte em nosso país e responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos elevados. A equipe de saúde elegeu a falta de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica como problema prioritário da área de abrangência por ter constatado um sub diagnóstico dessa condição, pela falta de acompanhamento adequado dos pacientes e pela importância desse problema para a saúde pública. Este trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para melhorar o controle da pressão arterial de pacientes da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família “Mais Viver”. Para subsidiar a elaboração do plano de ação foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para identificar as evidências já existentes sobre o tema objeto deste estudo. Para a elaboração do plano de ação foram utilizados os passos do Planejamento Estratégico Situacional com a finalidade de ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários. Isto será possível através da implantação de ações como diagnosticar precocemente e cadastrar os hipertensos, manter a população bem informada sobre o assunto, estratificar o risco cardiovascular de todos os usuários diagnosticados como hipertensos e organizar o serviço para melhor atender aos hipertensos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Planejamento em Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a high prevalence clinical condition, but with low control rates. It is considered one of the main risk factors for cardiovascular diseases, which are the main cause of death in our country and responsible for high frequency of hospitalizations, causing high costs. The health team chose the lack of control of Systemic Arterial Hypertension as a priority problem in the area of coverage because it found a sub diagnosis of this condition, due to the lack of adequate follow up of the patients and the importance of this problem to public health. This study aims to propose an intervention plan to improve the blood pressure control of patients in the area covered by the "More Living" Family Health Strategy. To support the preparation of the action plan, a bibliographical research was carried out in the databases of the Virtual Health Library to identify the existing evidence on the subject of this study. To prepare the action plan, the steps of Strategic Situational Planning were used to help the team improve its performance among users. This will be possible through the implementation of actions such as early diagnosis and registration of hypertensive patients, keeping the population well informed on the subject, stratifying the cardiovascular risk of all users diagnosed as hypertensive and organizing the service to better serve hypertensive patients.

Key words: Primary Health Care. Hypertension. Health Planning. Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Janaúba localiza-se no norte de Minas Gerais, possui uma população de 66.803 habitantes de acordo com o censo de 2010 (IBGE, 2010). A sua área territorial é de 2.181,842 km², apresentando uma densidade demográfica de 31 habitantes por Km² e um Índice de Desenvolvimento Humano elevado (IDH) de 0,84 (IBGE, 2010). A cidade teve um crescimento populacional significativo nos últimos tempos, acompanhado com o consumo e tráfico de drogas e, conseqüentemente, a violência. A economia local é sustentada basicamente pela agropecuária, sendo o cultivo da banana e criação de gado nelore os principais investimentos.

Janaúba possui uma pirâmide etária com características de países ainda em desenvolvimento, com uma base em processo de estreitamento e um ápice em alargamento. Uma parcela significativa da população ainda reside em zona rural.

A exposição agropecuária é um evento tradicional que exerce forte impacto na economia, movimentando o setor da hotelaria, restaurantes, bares e comércio em geral. A festa de São João, conhecida como o São João Gorutubano, é típica da região e que os moradores participam com motivação.

1.2 Sistema Municipal de Saúde

O município conta com os seguintes pontos de atenção à saúde:

Hospital Regional que realiza procedimentos de média e alta complexidade, o Hospital e Maternidade Sagrado Coração de Jesus da FUNDAJAN, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e vinte e três Equipes de Estratégia da Família (ESF).

O município é sede da microrregião, chamada atualmente de Região de Saúde. O município oferece consultas especializadas, mas não em todas as áreas, exames de

média complexidade e cuidados e internações hospitalares, respeitando as limitações de infraestrutura. Os dois hospitais com atendimentos nas áreas de urgência e emergência, clínica médica, obstetrícia e ginecologia, cirurgia geral, nefrologia e pediatria. Hoje, conta com vinte e três equipes na Estratégia da Saúde da Família (ESF) com atendimento odontológico, sendo três rurais e vinte urbanas, cobrindo cerca de 100% da população. Conta ainda com um Centro Viva Vida que atende não somente o município, mas a região de saúde.

1.2.1 Unidade Básica de Saúde – Estratégia de Saúde da família “Mais Viver”

A equipe da ESF Mais Viver realizou o diagnóstico situacional, que gerou esse projeto, abrangendo o bairro Algodões I, Algodões II, Dona Lindú e Jardim das Acácias. Essa equipe é formada por sete Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e uma médica, tendo uma população adscrita em torno de 4.000 pessoas.

Ao longo desses meses iniciais de atuação, após várias reuniões com a equipe, de coleta do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), levantou-se uma série de problemas da área adscrita, por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Entre os problemas listados, o que se destacou como prioridade foi à falta de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), devido à grande prevalência em nossa área de abrangência, da sua importância e dos seus impactos na saúde como um todo.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Trata-se da doença cardiovascular mais prevalente, caracterizando-se por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. É uma condição clínica multifatorial e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal. Associa-se habitualmente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. No Brasil, dados estatísticos revelam que a prevalência geral é de 35,8% nos homens e 30% nas mulheres, semelhante à de

outros países. Um total de 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade em adultos. A HAS é destacada, pois além de ser uma doença cardiovascular, multiplica o risco para adquirir outras doenças cardiovasculares (SILVA *et al.*, 2012).

A Hipertensão arterial sistêmica afeta mais de 30 milhões de brasileiros (35,8% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

A partir de inquéritos populacionais, realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos, chegou-se a uma taxa de prevalência da hipertensão arterial sistêmica acima de 30%, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Na última década, a hipertensão fez mais de 70 milhões de vítimas fatais. Assim, a Hipertensão Arterial Sistêmica apresenta elevada relevância clínica para o médico generalista e, conseqüentemente, aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é fundamental (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

No território da nossa unidade a situação da HAS é relevante e acomete um grande número de pessoas que muitas vezes não fazem o controle adequado por desconhecerem as complicações.

Pelo exposto justifica-se a elaboração deste projeto para melhorar o controle dos hipertensos, bem como, ampliar o cadastro nos mesmos na unidade.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é um dos mais relevantes problemas de saúde pública, pois se trata de uma das doenças crônicas com os maiores índices de internações hospitalares e de morbimortalidades, além da alta taxa de prevalência em todo mundo e baixas taxas de controle, como observado na ESF Mais Viver. A HAS é um dos mais relevantes problemas de saúde pública e tem alta taxa de prevalência em todo mundo e baixas taxas de controle, como na ESF “Mais Viver”. Analisando os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica do município referente ao exercício de 2015 pode-se constatar que existe um sub diagnóstico e sub cadastramento dos hipertensos dessa área, pois apontam uma prevalência de 6%, enquanto a mundial é de 30%.

A Hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco (FR) para as DCV, portanto se faz necessário manter o controle da pressão arterial (PA) e dessa forma evitar seus efeitos deletérios. É uma doença passível de intervenção positiva por parte da atenção primária. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Além disso, ainda são responsáveis por altas taxas de internações, onerando o sistema de saúde público do país.

Diante dos dados, percebemos que muitos dos hipertensos do território da ESF Mais Viver estão com a pressão arterial (PA) descontrolada por não terem conhecimento da sua condição de saúde, por estarem mal assistidos, por sub diagnóstico e por acesso restrito aos anti-hipertensivos.

Todas essas questões impulsionaram a elaboração deste trabalho e a criação de um plano de intervenção para sanar ou minimizar o problema.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Propor um plano de intervenção para melhorar o controle da pressão arterial de pacientes da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família “Mais Viver”.

3.2 Específicos

Diagnosticar e cadastrar os hipertensos da área de abrangência.

Identificar os pacientes com a pressão descontrolada e estratificar o risco cardiovascular.

Reorganizar o processo de trabalho para melhor atender os pacientes com hipertensão da área de abrangência.

Realizar atividades de Educação em Saúde sobre o tema, na comunidade da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família “Mais Viver”.

4 METODOLOGIA

Este trabalho baseou-se no Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com os passos descritos na disciplina de planejamento e avaliação das ações em saúde de Campos; Faria; Santos (2010) e foram realizadas as seguintes ações:

- Coleta de dados por meio das anotações dos Agentes Comunitários de Saúde e a identificação dos principais problemas de saúde existentes na comunidade.
- Visitas domiciliares, os grupos operativos, as reuniões com a equipe, a comunidade, as fichas A dos ACS e os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) também contribuíram de forma significativa para a conclusão dos principais problemas enfrentados pela comunidade. Dentre eles, a HAS foi o destacado. Diante disso, foram reconhecidos os “nós críticos”, os recursos em potencial e os resultados e produtos esperados para cada situação.
- Realização de Estimativa Rápida para identificar os principais problemas da área de abrangência da ESF “Mais Viver”, a saber:
Grande número de indivíduos com hipertensão não controlada
Fichas A desatualizadas
Falta de um fluxo de encaminhamentos no acolhimento
Estrutura física da unidade de saúde inadequada
Elevado número de indivíduos tabagistas.
Após a identificação dos problemas foi necessário priorizá-los, de acordo com a governabilidade e capacidade de governo da equipe da ESF Mais Viver. Como critérios para a priorização considerou-se a importância do problema, sua urgência e capacidade para enfrentamento, conforme exposto no quadro 1.

Quadro 1 - Priorização de problemas da área de abrangência da ESF “Mais Viver”

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
HAS não controlada	Alta	8	Parcial	1
Fichas desatualizadas A	Alta	3	Parcial	5
Falta de um fluxo de encaminhamento no acolhimento	Alta	5	Fora	3
Estrutura física inadequada	Alta	5	Fora	4
Elevado número de tabagistas	Alta	6	Parcial	2

- Pesquisa bibliográfica dos bancos de dados da Biblioteca Virtual e Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema. A pesquisa foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Atenção Primária à Saúde.

Hipertensão.

Planejamento em Saúde.

Educação em Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada por elevação acentuada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Associam-se, frequentemente, a distúrbios metabólicos, alterações de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Além disso, a HAS possui associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (MALACHIAS *et al.*, 2016).

No Brasil, HA atinge 32,5% de indivíduos adultos, sendo mais de 60% constituídos por idosos (MALACHIAS *et al.*, 2016), tal fato também encontra-se evidenciado em estudo realizado por Mendes; Moraes; Gomes (2014) na faixa etária de 65 anos ou mais, cuja prevalência de HAS foi acima de 55% nessa população em todas as regiões geográficas do país.

Andrade *et al.* (2015) ressaltam que a prevalência de HAS em idosos do sexo feminino foi significativamente maior que no sexo masculino em todos os anos estudados. Diversos estudos demonstram que as mulheres procuram mais pelos serviços de saúde, aumentando suas chances de terem o diagnóstico de HAS mais cedo.

É interessante enfatizar o conceito de pré- hipertensão (PH), trazido pela VI Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que se caracteriza por PA sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou PA diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg. Nesse sentido, a PA de indivíduos pré- hipertensos deve ser monitorada mais de perto, visto que a PH associa-se o maior risco de desenvolvimento de HAS e anormalidades cardíacas, perfazendo cerca de um terço dos eventos cardiovasculares atribuíveis à elevação de PA (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A HAS se constitui em importante fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana (DAC) com correspondência de cerca de 50% em portadores da DAC crônica (PIEGAS *et al.*, 2015).

A doença arterial coronariana é da classe das doenças cardiovasculares (DCV) que apresentam altas taxas de internação, e custos elevados. É uma doença que causa alta taxa de mortalidade nos países em desenvolvimento, alcançando incidência e prevalência epidêmicas em vários países do mundo (GUS *et al.*, 2015).

Os principais fatores de risco relacionados com a HAS são: idade avançada, mulheres, pessoas de raça negra/cor preta, excesso de peso e obesidade, consumo excessivo de sódio, consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas, sedentarismo e menor nível de escolaridade (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, relacionada tanto ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, que se encontra em torno de 75 anos, quanto ao aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década. O consumo excessivo de sódio é um dos principais fatores de risco para HAS, associa-se a eventos CV e renais, e o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Adultos com baixo nível de escolaridade e instrução e com ensino fundamental incompleto destacam-se como os de maior prevalência de HAS autorreferida, ou seja, com um percentual de 31,1%, segundo Andrade *et al.* (2015).

Nesse contexto, estratégias para prevenção do desenvolvimento da HAS têm como objetivo estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de fatores de risco associados, por meio da modificação do estilo de vida e/ou uso regular de medicamentos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

As mudanças no estilo de vida são criteriosamente recomendadas na prevenção primária da HAS. Hábitos saudáveis de vida devem ser incorporados desde a infância e a adolescência, tendo sempre a preocupação com as características

regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. Para tanto, as principais ações para o tratamento não medicamentoso para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, baixo consumo de sódio e álcool, adequada ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo e controle do peso corporal. É interessante frisar que tais recomendações são indicadas tanto para a prevenção como coadjuvantes do tratamento medicamentoso de hipertensos (SIMÃO *et al.*, 2013).

Sendo assim, a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares, comprovadamente documentado em estudos que relevam que a redução da morbidade e mortalidade é proporcional à queda da pressão arterial, tanto sistólica quanto diastólica, podendo reduzir em até 46% a ocorrência de infartos do miocárdio e em 63% o número de AVE.

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular, bem como lesões de órgão-alvo e doenças associadas. Para isso, deve-se obter história clínica completa; exame físico com aferição da pressão arterial com técnica adequada, bem como a obtenção de dados antropométricos, como peso, altura, cálculo do índice de massa corporal, circunferência abdominal, palpação e ausculta do coração, carótidas e pulsos, medida do índice tornozelo braquial e realização da fundoscopia (MALACHIAS *et al.*, 2016).

É de fundamental importância a avaliação complementar com investigação laboratorial básica e avaliação de lesões subclínicas e clínicas em órgãos-alvo com o objetivo de auxiliar na estratificação de risco cardiovascular, essencial para definição da terapêutica mais adequada para cada caso, além de permitir uma análise prognóstica.

Para a estratificação do risco cardiovascular devem ser levados em conta os fatores de risco clássicos (Quadro 2), assim como novos fatores de risco que por ventura forem identificados, apesar de ainda não incorporados nos escores clínicos de estratificação de risco. Entre os novos fatores de risco destacam-se glicemia de

jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL, hemoglobina glicada (HbA1c) anormal, obesidade abdominal (síndrome metabólica), PP (PAS-PAD) > 65 mmHg em idosos, história de pré-eclâmpsia e história familiar de HA (em hipertensos limítrofes). (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Quadro 2 - Fatores de risco cardiovascular adicionais

Idade (homem > 55 e mulheres > 65 anos)
Tabagismo
Dislipidemias: triglicérides > 150 mg/dl; LDL-C > 100 mg/dl; HDL-C < 40 mg/dl
Diabetes Mellitus
História familiar prematura de DCV: homens < 55 anos e mulheres < 65 anos

Fonte: Malachias *et al.* (2016).

Com base na estratificação de risco CV, decide-se pelo tratamento farmacológico e/ou não farmacológico, este último caracterizado pelas mesmas medidas tomadas para a prevenção primária da HAS. O tratamento farmacológico da HAS muda de forma expressiva o prognóstico da doença, independente dos fármacos anti-hipertensivos utilizados tanto em monoterapia quanto em combinação (SIMÃO *et al.*, 2013).

Dentre os problemas da saúde pública a HAS é problema relevante, visto que é responsável por altas taxas de morbimortalidade e os custos com o seu tratamento são elevados. Tratando-se de uma doença que na maioria das vezes é assintomática, os indivíduos apresentam dificuldades para procurarem os serviços de saúde para o diagnóstico e adesão ao tratamento. Ressalta – se ainda a falta de estrutura dos sistemas de saúde para diagnosticar e acompanhar essa população. Por outro lado, é escassa a oferta de ações de prevenção para reduzir os fatores de risco (MENDES; MORAIS; GOMES, 2014).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de ação proposto foi baseado no método do planejamento estratégico situacional e apresentam-se os principais “nós críticos” trabalhados para a elaboração das intervenções.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Mais Viver”, em Janaúba, Minas Gerais

Nó crítico 1	Sub diagnóstico dos hipertensos da área, fichas A desatualizadas e a inexistência da estratificação do risco cardiovascular.
Operação	Busca ativa dos pacientes hipertensos mal assistidos e aqueles com potencial, porém não diagnosticados, reorganização e atualização das fichas A e oferecer os exames para estratificação dos riscos cardiovasculares.
Projeto	Implementação do processo de trabalho da equipe para identificar, cadastrar e estratificar o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos.
Resultados esperados	Ter todos os pacientes hipertensos da área de abrangência diagnosticados, cadastrados e seguimento mais rigoroso e retornos mais frequentes daquele com risco aumentado.
Produtos esperados	Realizar aferição da pressão arterial em todas as consultas médicas, treinamento da técnica correta de aferição, busca ativa dos hipertensos não acompanhados, cadastramento de todos e atualização dos que já estão cadastrados, aplicar o escore de Framingham a todos hipertensos uma vez por ano em consultas individuais,
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem.
Recursos necessários	Financeiro: Fichas A, exames de patologia clínica, tabelas do escore de Framingham, medicamentos, papel e caneta. Cognitivo: Saber reconhecer um hipertenso e se está controlado ou não; conhecer o escore de Framingham e como aplicá-lo. Político: Apoio do secretário de saúde e do prefeito do município e adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Exames de patologia clínica.
Controle dos recursos críticos /	Ator que controla: Secretário de Saúde do município.

Viabilidade	Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Informar que o custo necessário para a implementação do plano de ação é irrisório quando comparados aos benefícios para as complicações da HAS quando mal controlada e/ ou sub diagnosticada.
Responsáveis:	Médico, enfermeiro.
Cronograma / Prazo	Seis meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Através de reuniões mensais fixas e outras complementares se houver necessidade; as ações estratégicas deverão ser executadas e avaliadas no mesmo momento; observar se o prazo está sendo cumprido e se cada profissional está fazendo sua função como estabelecido.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Mais Viver”, em Janaúba, Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta ou pouco conhecimento da hipertensão por parte dos pacientes
Operação	Reunir o maior número de pacientes possível para os grupos.
Projeto	Informar a população sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica.
Resultados esperados	População mais bem informada sobre sua condição de saúde.
Produtos esperados	Grupos operativos com datas fixas a cada 15 dias, palestras fora da UBS sobre os temas mais questionados e materiais didáticos para distribuir.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.
Recursos necessários	Estrutural: Recursos de multimídia, folhetos informativos e cartilhas. Cognitivo: Conhecimento sobre o tem e formas de transmitir tal conhecimento Financeiro: Adquirir verba para custear os recursos estruturais acima. Político: Articulação intersetorial com o setor de educação.
Recursos críticos	Recursos de multimídia, folhetos e cartilhas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de saúde, Setor de comunicação social e Secretaria de educação. Motivação: Favorável.

Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis:	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem.
Cronograma / Prazo	Dois meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Através de reuniões mensais fixas e outras complementares se houver necessidade; as ações estratégicas deverão ser executadas e avaliadas no mesmo momento; observar se o prazo está sendo cumprido e se cada profissional está fazendo sua função como estabelecido.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito deste Plano de Intervenção é que possibilite uma redução da morbimortalidade relacionada aos hipertensos da ESF Mais Viver e melhora na qualidade de vida dos mesmos. Acredito que a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar seu trabalho, sua relação com os usuários e por uma facilitação no manejo dos casos mais complicados.

Durante as etapas de elaboração do projeto, a equipe pôde realizar um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da ESF Mais Viver e refletir sobre como seu processo de trabalho pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para tais.

O grande número de hipertensos mal controlados foi eleito para este Plano de Intervenção, o que deve servir de modelo para a equipe realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados.

A utilização do Planejamento Estratégico Situacional permitiu a formulação de propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. A. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos da Atenção Básica n.15). Disponível em:
< http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 15 de Junho de 2015.

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>. Acesso em: 15 de Junho de 2015.

GUS, I. *et al.* Variações na Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana no Rio Grande do Sul: Uma Análise Comparativa entre 2002-2014. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 105, n. 6, p. 573-579, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2010. Disponível em:
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 15 de Junho de 2015.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 107, (Supl. 3), p. 1-83, 2016.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.

PIEGAS, L. S; *et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supra desnível do segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. v. 105, n. 2, p. 1-121, 2015

SIMÃO, A. F. *et al.* I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. **Arquivos brasileiros de cardiologia**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. v. 101, n. 6, p. 1-63, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. 95, (1 supl.1), p. 1-51, 2010. Disponível em <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>.> Acesso em: 15 de Junho de 2015.