

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

**LAÍS OLIVEIRA DOS SANTOS**

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE EM ATALAIA – ALAGOAS**

**MACEIÓ – AL**

**2014**

LAÍS OLIVEIRA DOS SANTOS

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE EM ATALAIA – ALAGOAS**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Sabrina Joany Felizardo Neves

MACEIÓ – AL

2014

LAÍS OLIVEIRA DOS SANTOS

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE EM ATALAIA – ALAGOAS**

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte, em //

## RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção para o enfrentamento do controle inadequado da hipertensão arterial sistêmica em usuários da Unidade de Saúde Santa Inês – Atalaia/AL. A hipertensão é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, riscos e dificuldades no seu controle, levando a graves complicações e prejuízo na qualidade de vida quando inadequadamente tratada. Foram identificados como “nós críticos” do problema priorizado: o fornecimento inapropriado de medicamentos anti-hipertensivos, o acompanhamento médico e de enfermagem irregular, os hábitos e estilos de vida inadequados, e o baixo nível de informação sobre a doença. Para solucioná-los foram propostos os seguintes projetos: Remédio com Receita (fornecimento de medicamentos de uso contínuo apenas mediante apresentação de receita médica), Cuidar de Perto (definir a quantidade de atendimentos semanais necessária para o acompanhamento de todos os pacientes hipertensos em um período de até três meses), Mais Saúde (modificar hábitos e estilos de vida) e Saber Mais (aumentar o nível de informação dos pacientes hipertensos sobre a doença, suas consequências e a importância do acompanhamento regular e adesão ao tratamento). O processo de construção da proposta de intervenção possibilitou ainda uma reflexão sobre a importância da avaliação do processo de trabalho, sendo fundamental para obter os resultados esperados a elaboração de planos de ação para o enfrentamento dos problemas identificados.

**Palavras-chave:** proposta de intervenção, hipertensão, saúde da família.

## ABSTRACT

This paper presents an intervention proposal for coping with inadequate control of hypertension in users of Santa Inês Health Unit - Atalaia / AL. Hypertension is considered a public health problem because of its magnitude, risks and difficulties in its control, leading to serious complications and impaired quality of life when inadequately treated. Were identified as "critical nodes" of the prioritized problem: the inappropriate supply of antihypertensive drugs, the irregular medical and nursing monitoring, inappropriate habits and lifestyles, and low level of information about the disease. To solve them the following projects were proposed : Medicine with prescription (supply of continuous use drug only upon presentation of a prescription) , Close care (define the number of weekly attendances required to follow all hypertensive patients in a period of three months), More Health (changing habits and lifestyles) and Know More ( increase the level of knowledge of hypertensive patients about the disease, its consequences and the importance of regular monitoring and treatment adherence) . The construction process of the intervention proposal also permitted a reflection on the importance of evaluating the work process and the development of action plans for addressing the identified problems is critical to get the expected results.

**Keywords:** intervention proposal, hypertension, family health.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	6
2. JUSTIFICATIVA-----	7
3. OBJETIVOS-----	8
4. MÉTODOS-----	9
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA -----	10
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO -----	13
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	17
REFERÊNCIAS-----	18

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Atalaia – AL, localizado a 48 km da capital do estado, Maceió, ocupa uma área de 528,772 km<sup>2</sup> e tem uma população de 44322 habitantes, sendo 21867 na área rural e 22455 na região urbana, segundo o censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A Unidade Básica de Saúde Santa Inês, local de intervenção deste projeto, situa-se no Loteamento de mesmo nome, localizado no bairro da Cidade Alta, zona urbana, próximo à Escola Municipal da região e ao Hospital João Lyra. A unidade funciona em uma casa alugada, parcialmente adaptada para ser uma unidade de saúde, apresentando, portanto, diversos problemas estruturais.

Observando a população e o trabalho da equipe na Unidade de Saúde Santa Inês (Atalaia - AL), é possível identificar vários problemas na prestação da assistência à saúde. Pode-se citar o baixo nível de escolaridade e socioeconômico da comunidade, o controle inadequado de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, a dificuldade para a realização de exames complementares e consultas com especialistas, uma assistência pré-natal deficiente em virtude da não realização de exames complementares, a elevada incidência de tabagismo, o fornecimento irregular de medicamentos à farmácia da unidade e a desorganização dos prontuários.

Considerando a capacidade de governabilidade da equipe sobre o problema, sua amplitude e consequências, foi eleito como problema de maior prioridade o controle inadequado da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Problema este identificado durante a rotina da unidade, em que são atendidos pacientes sem tratamento ou com tratamento inadequado, casos de crise hipertensiva e de complicações decorrentes da hipertensão arterial.

Alguns fatores podem ser associados ao controle inadequado da HAS. Não existe uma sistematização do acompanhamento dos pacientes portadores de HAS, pois estes obtêm medicamentos na farmácia da unidade mesmo sem prescrição médica, através de um cartão em que são registrados os medicamentos utilizados. Isto ocorre, pois a unidade não tem capacidade de fornecer medicamentos anti-hipertensivos para mais de um mês e não é possível o atendimento de todos os

hipertensos mensalmente. Dessa forma, muitos pacientes passam longos períodos sem atendimento médico ou de enfermagem e, conseqüentemente sem controle dos níveis pressóricos e avaliação do tratamento farmacológico, buscando atendimento apenas nas intercorrências, relacionadas ou não à HAS.

Além disso, frequentemente faltam medicamentos na farmácia do posto, que fica distante da farmácia popular e da farmácia central do município, levando à interrupção do tratamento, visto que a maioria dos pacientes não tem condições financeiras para comprar os medicamentos, nem conhecimento ou iniciativa para buscar obtê-los nas farmácias citadas. Observa-se ainda uma baixa adesão ao tratamento não medicamentoso, havendo uma elevada incidência de sedentarismo, erro alimentar, obesidade e tabagismo. O baixo nível de escolaridade dos usuários dificulta a compreensão sobre o caráter crônico da doença, a importância do tratamento e suas possíveis complicações, o que contribui para os problemas descritos. Existe ainda um difícil acesso a exames complementares e consultas com especialistas, comprometendo a qualidade da assistência prestada aos portadores de hipertensão.

Analisando o problema priorizado, foram identificadas as principais causas de sua origem e que precisam ser enfrentadas, utilizando o conceito de "nó crítico" proposto pelo Planejamento Estratégico Situacional.

É um tipo de causa de um problema que, quando "atacada", é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O "nó crítico" traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando. (CAMPOS et al, 2010. p.63)

Foram definidos como nós críticos do problema o controle inadequado da hipertensão, o fornecimento inapropriado de medicamentos anti-hipertensivos, o acompanhamento médico e de enfermagem irregular, os hábitos e estilos de vida inadequados, e o baixo nível de informação sobre a doença.

A partir dos nós críticos foi então formulada proposta de intervenção que permita a modificação da realidade apresentada pelo grupo populacional de portadores de HAS.



## 2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle (MOLINA et al, 2003). Representa um importante fator de risco para doenças aterotrombóticas, com acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico (PASSOS E BARRETOS, 2006), tendo sido evidenciada em estudos populacionais a importância do controle da hipertensão para a redução da morbimortalidade cardiovascular (MOLINA et al, 2003).

No enfrentamento de doenças crônicas como a HAS, o modelo de atenção à saúde voltado para casos agudos e crônicos tem se mostrado pouco eficaz. O manejo adequado das condições crônicas de saúde exige a construção de um vínculo prolongado entre equipe de saúde, pacientes, familiares e comunidade, possibilitando um suporte integral a esses pacientes, principalmente no que se refere à produção de autonomia, competências de autocuidado e aquisição de hábitos de vida saudáveis (VIDIGAL, 2012).

Nesse contexto insere-se a Estratégia de Saúde da Família, em que a atenção centrada na pessoa, tendo como prioridade ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e produção de autonomia e autocuidado, pode ter grande impacto positivo na evolução de doenças crônicas (SANTOS E OLIVEIRA, 2013).

Considerando a alta prevalência da hipertensão arterial, seu caráter crônico e multifatorial, suas graves complicações e o conseqüente prejuízo na qualidade de vida do doente, é de fundamental importância a implementação de estratégias na atenção básica para um adequado controle dessa condição.

### **3. OBJETIVOS**

Geral: Propor um plano de intervenção para melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica em usuários da UBS Santa Inês – Atalaia/AL.

Específicos: Identificar causas modificáveis do controle inadequado da hipertensão arterial na UBS Santa Inês;

Elaborar estratégias que possam solucionar os fatores associados ao problema eleito;

#### **4. MÉTODOS**

A análise situacional e a identificação de problemas foram realizadas através de discussões com a equipe, vivência do atendimento prestado à comunidade, observação da rotina da unidade e avaliação de dados em prontuários e documentos da unidade de saúde, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional simplificado (CAMPOS et al, 2010). Foi realizada consulta à base de dados ScientificElectronic Library Online (SciELO) e à biblioteca virtual do NESCON (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais). Foram utilizados os descritores: hipertensão, estilo de vida, atenção primária à saúde.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, “é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial”. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos encontraram prevalências de hipertensão arterial sistêmica entre 22,3% e 43,9% (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). Além da alta prevalência, a hipertensão apresenta baixas taxas de controle e é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, que têm sido a principal causa de morte no Brasil e são responsáveis por uma alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Dessa forma, a hipertensão configura um dos mais importantes problemas de saúde pública do país. (MALTA et al, 2009; CABRAL, 2009)

A Organização Mundial de Saúde classifica as condições de saúde em agudas ou crônicas, sendo as doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, consideradas condições crônicas de saúde, para as quais têm sido propostos modelos específicos de abordagem (MINAS GERAIS, 2013). Mendes (2012) elaborou um modelo para o Sistema Único de Saúde que denominou de Modelo de Atenção às Condições Crônicas, segundo o qual a organização do processo de trabalho nas equipes de saúde deve comportar ações desde o nível de promoção da saúde até o nível de gestão de casos.

[...] quanto maior a complexidade da condição crônica na subpopulação abordada, mais relevante será o cuidado profissional. Por outro lado, mediante menor complexidade da condição crônica abordada, ou mesmo mediante a abordagem de uma subpopulação com fator de risco, o autocuidado apoiado deverá representar a mais eficaz, efetiva e eficiente fração da atenção à saúde disponibilizada. É exatamente nesse cenário que a atuação da atenção primária à saúde se fará mais pertinente. (MINAS GERAIS, 2013, p. 22)

Por se tratar de uma doença crônica, de natureza multifatorial, com longo curso assintomático, a hipertensão arterial sistêmica frequentemente tem seu diagnóstico e tratamento negligenciados, o que associado à baixa adesão do paciente à terapêutica recomendada determina baixas taxas de controle adequado dos níveis pressóricos (BRASIL, 2006). Estudo de base populacional realizado em Nobres - MT observou que entre os hipertensos (N = 302), 73,5% sabiam dessa

condição, 61,9% faziam tratamento e apenas 24,2% tinham a PA controlada (ROSÁRIO et al, 2009). Comparativamente, o controle da PA observado em Nobres, apesar de insatisfatório, foi superior ao do estudo realizado anteriormente em Goiânia (12,9%) (JARDIM et al, 2007).

Diversas razões podem ser atribuídas às baixas taxas de controle da hipertensão arterial (POZZAN et al, 2003; NOGUEIRA et al, 2010). A primeira delas é o indivíduo desconhecer sua condição de hipertenso, o que certamente é consequenciado caráter assintomático da doença. A segunda está relacionada à não adesão ao tratamento: a OMS estimou que 30 a 50% dos pacientes não aderem ao tratamento prescrito (World Health Organization, 2003). E a terceira refere-se ao médico que não prescreve modificações no estilo de vida, doses adequadas ou combinações apropriadas dos medicamentos anti-hipertensivos (BERLOWITZ et al, 1998; KAPLAN, 2005).

“A aderência do paciente ao tratamento contínuo da hipertensão envolve uma série de fatores. O primeiro e mais importante parecer o seu conhecimento sobre a doença, suas complicações e a necessidade de tratamento.” (POZZAN et al, 2003) A maioria tem dificuldades para lidar com as consequências sobre o seu estilo de vida e aceitar a realidade de uso diário de medicamentos, gastos econômicos e possíveis efeitos colaterais do tratamento. (KAPLAN, 2005) Quando transportamos essa realidade para as populações de baixa renda, em que o acesso aos serviços de saúde e a tratamentos contínuos é deficiente, em que os recursos financeiros para aquisição de medicamentos, realização de exames complementares e adoção das modificações de estilo de vida são restritos e em que o nível educacional é mais limitado, o problema torna-se ainda mais complexo. (POZZAN et al, 2003)

Essa baixa adesão pode ser devida, entre outros, à natureza pouco sintomática da HAS, aos efeitos colaterais da medicação, à longa duração da terapia, aos regimes medicamentosos complicados, à falta de motivação e ao desafio às crenças de saúde dos pacientes, ao custo das drogas, à comunicação deficiente entre médicos e pacientes, à falta de conhecimento sobre a hipertensão e suas complicações, a problemas na relação médico-paciente e à desorganização do sistema de saúde. (NOGUEIRA et al, 2010, p.106)

Diante da magnitude das consequências do controle inadequado da hipertensão arterial, diversos estudos têm sido realizados sobre o tema, com a

finalidade de estabelecer estratégias de intervenção eficazes. (BRASIL, 2001; TOSCANO, 2008; Fonseca, 2010; Santos, 2011)

O Ministério da Saúde implementou, durante o período de 2001 a 2003, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade associada a tais patologias (BRASIL, 2001). O plano propôs ações de rastreamento, capacitação de profissionais de saúde e reorganização da rede de assistência à saúde, tendo sido a primeira iniciativa mundial de realização de uma campanha populacional massiva para o rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis. (TOSCANO, 2008)

Apesar de o Ministério da Saúde estabelecer estratégias para aplicação em todo o território nacional, cada população e unidade de saúde apresenta características peculiares, que demandam a adoção de ações adaptadas à realidade da região. Com o objetivo de reorganizar o acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos em um centro de saúde de Belo Horizonte, Fonseca (2010) propôs a implantação de um arquivo rotativo e a inserção dos pacientes em atividades educativas voltadas à prática do autocuidado, possibilitando a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários.

Em uma unidade de saúde da família em Itabirito-MG, ao identificar o acompanhamento deficiente aos portadores de hipertensão arterial sistêmica, Santos (2011) elaborou plano de ação com três operações para o enfrentamento do problema: elaboração de agenda programada de acordo com o plano diretor da atenção primária à saúde, implantação de sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão.

Tais estudos, semelhantes ao presente trabalho, contribuem para melhorias na qualidade da assistência à saúde, em especial na atenção primária, através da reorganização do processo de trabalho. Possibilitam a reflexão sobre as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, permitindo a identificação de problemas e o planejamento de ações para solucioná-los (FARIA, 2009).

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tendo sido priorizado o problema controle inadequado da hipertensão arterial, foram identificadas suas principais causas modificáveis, descritas na forma de “nós críticos”. São eles: fornecimento inapropriado de medicamentos anti-hipertensivos, acompanhamento médico e de enfermagem irregular, hábitos e estilos de vida inadequados, baixo nível de informação sobre a doença.

Após a identificação dos nós críticos, foram propostos pequenos projetos para solucioná-los, com o objetivo final de resolver o problema considerado principal. Para que sejam colocadas em prática, essas estratégias exigem recursos, sendo necessário identificar os responsáveis pela viabilidade dos projetos, além de responsáveis para acompanhar sua execução, em prazos pré-estabelecidos.

As operações/projetos necessários para a solução dos “nós críticos”, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução configuram o desenho de operações (Quadro 1).

Quadro 1. Desenho de operações para os “nós críticos” do problema controle inadequado da hipertensão arterial.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<b>Fornecimento inapropriado de medicamentos anti-hipertensivos</b>	<b>Remédio com Receita</b> Fornecimento de medicamentos de uso contínuo apenas mediante apresentação de receita médica.	Reduzir o uso incorreto de anti-hipertensivos e o tratamento inadequado da hipertensão arterial.	Fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos (e demais de uso contínuo) mediante apresentação de mesma receita médica, a cada 30 dias, por até três meses.	<u>Organizacional</u> : profissionais habilitados à atividade; <u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre o tema; <u>Político</u> : fornecimento regular de medicamentos para a unidade; <u>Financeiro</u> : para aquisição de carimbo para o controle da entrega dos medicamentos.
<b>Acompanhamento médico e de enfermagem irregular</b>	<b>Cuidar de Perto</b> Definir a quantidade de atendimentos semanais necessária para o	Aumento da cobertura da população portadora de HAS.	Acompanhamento regular dos hipertensos pela médica e/ou enfermeira.	<u>Organizacional</u> : organização da agenda; adequação da população adscrita à capacidade de atendimento da equipe; <u>Cognitivo</u> : conhecimento

		acompanhamento de todos os pacientes hipertensos em um período de até três meses.		sobre gestão do processo de trabalho; <u>Político</u> : remapeamento das áreas adscritas às equipes de saúde da família.
<b>Hábitos e estilos de vida inadequados</b>	<b>Mais Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida	Reduzir a incidência de sedentarismo, tabagismo e obesidade entre os pacientes hipertensos.	Formação de grupos para caminhada; formação de grupos operativos para atividades educativas.	<u>Organizacional</u> : colaboração de educadores físicos e nutricionistas. <u>Cognitivo</u> : informação sobre os temas, estratégias de comunicação e práticas pedagógicas; <u>Político</u> : instituição da “Academia da Saúde” como suporte; <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, cartazes e folhetos educativos.
<b>Baixo nível de informação sobre a doença</b>	<b>Saber Mais</b> Aumentar o nível de informação dos pacientes hipertensos sobre a doença, suas consequências e a importância do acompanhamento regular e adesão ao tratamento.	Portadores de hipertensão mais informados sobre sua doença.	Avaliação do nível de informação da população sobre HAS; formação de grupos operativos para o desenvolvimento de atividades educativas; capacitação dos ACS e cuidadores.	<u>Organizacional</u> : organização da agenda e grupos; <u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre o tema, estratégias de comunicação e práticas pedagógicas; <u>Político</u> : mobilização social; <u>Financeiro</u> : recursos audiovisuais, cartazes e folhetos educativos.

No Quadro 2 constam os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles indispensáveis e não disponíveis, bem como a análise da viabilidade do plano, na qual são identificados os atores que controlam os recursos críticos, seu provável posicionamento em relação ao problema e ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.



Quadro 2. Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós críticos" do problema controle inadequado da hipertensão arterial, análise de viabilidade dos planos e propostas de ações para a motivação dos atores.

Operação / Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<b>Remédio com Receita</b>	<u>Organizacional</u> : profissionais habilitados à atividade;	Secretaria de Saúde e profissionais	Indiferente	Apresentar o projeto e solicitar capacitação
	<u>Político</u> : fornecimento regular de medicamentos para a unidade;	Secretaria de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto
<b>Cuidar de Perto</b>	<u>Organizacional</u> : organização da agenda; adequação da população adscrita à capacidade de atendimento da equipe;	Equipe de Saúde e Secretaria de Saúde	Favorável	Aplicação do projeto
	<u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre gestão do processo de trabalho;	Equipe de Saúde	Favorável	Capacitação
<b>Mais Saúde</b>	<u>Organizacional</u> : colaboração de educadores físicos e nutricionistas.	Secretaria de Saúde e NASF	Indiferente	Apresentar o projeto
	<u>Financeiro</u> : aquisição de recursos audiovisuais, cartazes e folhetos educativos.	Secretaria de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto
<b>Saber Mais</b>	<u>Organizacional</u> : organização da agenda e grupos;	Equipe de Saúde	Favorável	Aplicação do projeto
	<u>Financeiro</u> : recursos audiovisuais, cartazes e folhetos educativos.	Secretaria de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto

Por fim, foi elaborado o plano operativo com a finalidade de designar os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

A definição de intervenções sobre os nós críticos que possibilitem a modificação da realidade apresentada pelo grupo populacional de portadores de

HAS, bem como a identificação dos recursos necessários para tanto e o estabelecimento de responsáveis e prazos para os projetos estão sintetizados no Quadro 3.

Quadro 3. Plano operativo para o problema controle inadequado da hipertensão

Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
<b>Remédio com Receita Fornecimento de medicamentos de uso contínuo apenas mediante apresentação de receita médica.</b>	Reduzir o uso incorreto de anti-hipertensivos e o tratamento inadequado da hipertensão arterial.	Fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos (e demais de uso contínuo) mediante apresentação de mesma receita médica, a cada 30 dias, por até três meses.	Apresentar o projeto e solicitar capacitação	Lúcia e Roberto (responsável pela farmácia e diretor da unidade)	Dois meses
<b>Cuidar de Perto Definir a quantidade de atendimentos semanais necessária para o acompanhamento de todos os pacientes hipertensos em um período de até três meses.</b>	Aumento da cobertura da população portadora de HAS.	Acompanhamento regular dos hipertensos pela médica e/ou enfermeira.	Aplicação do projeto  Capacitação	Laís (médica) e Suzana (enfermeira)	Dois meses
<b>Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida</b>	Reduzir a incidência de sedentarismo, tabagismo e obesidade entre os pacientes hipertensos.	Formação de grupos para caminhada; formação de grupos operativos para atividades educativas.	Apresentar o projeto  Apresentar o projeto	Suzana (enfermeira) e Marili (técnica de enfermagem)	Três meses
<b>Saber Mais Aumentar o nível de informação dos pacientes hipertensos sobre a doença, suas consequências e a importância do acompanhamento regular e adesão ao tratamento.</b>	Portadores de hipertensão mais informados sobre sua doença.	Avaliação do nível de informação da população sobre HAS; formação de grupos operativos para o desenvolvimento de atividades educativas; capacitação dos ACS e cuidadores.	Aplicação do projeto  Apresentar o projeto	Suzana (enfermeira) e Josineide (ACS)	Três meses

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional simplificado, foi realizada análise situacional que possibilitou a identificação dos principais problemas relacionados à prestação da assistência à saúde. Tendo sido eleito como problema de maior prioridade o controle inadequado da hipertensão arterial sistêmica, foram então identificados seus nós críticos, ou seja, as causas sobre as quais seria possível intervir. A partir desses fatores causais, foram elaboradas estratégias para solucioná-los e estabelecidos os responsáveis, recursos necessários, prazos e resultados esperados para cada pequeno projeto. Tais etapas tiveram como produto final um plano de intervenção para melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica.

Espera-se que as intervenções propostas resultem em uma melhor qualidade de vida dos pacientes hipertensos, bem como na reorganização do processo de trabalho na unidade. Entretanto, para que o plano de ação seja implementado é necessária a participação de toda a equipe de saúde em conjunto com os gestores e a população.

O processo de construção da proposta de intervenção possibilitou ainda uma reflexão sobre a importância da avaliação do processo de trabalho, sendo fundamental para obter os resultados esperados a elaboração de planos de ação para o enfrentamento dos problemas identificados.

## REFERÊNCIAS

BERLOWITZ, Dan R.; ASH, Arlene S.; HICKEY, Elaine C.; FRIEDMAN, Robert H.; GLICKMAN, Mark; KADER, Boris; MOSKOWITZ, Mark A. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. **N Engl J Med**. 1998;339:1957-63.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CABRAL, Norberto Luiz. Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. **ComCiência**, Campinas, n. 109, 2009 .

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 68p.

FONSECA, Edna Maria da. **Reorganização do processo de acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010. 21f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2013.

JARDIM, Paulo César B. Veiga et al . Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 88, n. 4, Apr. 2007 .

KAPLAN, Norman M. **Treatment of Hypertension: drug therapy**. In: Kaplan NM (ed). Clinical Hypertension. 9 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005; p.237-338

KAPLAN, Norman M. **Treatment of Hypertension: why, when, how far**. In: Kaplan NM (ed). Clinical Hypertension. 9 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005; p.176-205.

MALTA, Deborah Carvalho; MOURA, Lenildo de; SOUZA, Fátima Marinho de; ROCHA, Francisco Marcelo; FERNANDES, Roberto Men. **Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008**. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337-362.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto - Linha-Guia De Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. 3 ed. Belo Horizonte, 2013.

MOLINA, Maria del Carmen Bisi; CUNHA, Roberto de Sá; HERKENHOFF, Luis Fernando; MILL, José Geraldo. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p 743-750, 2003.

NOGUEIRA, Danielle; FAERSTEIN, Eduardo; COELI, Claudia Medina; CHOR, Dora; LOPES, Claudia de Souza; WERNECK, Guilherme Loureiro. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, **Brasil.Rev Panam Salud Publica**.27(2):103–9, 2010.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, mar. 2006.

POZZAN, Roberto; BRANDÃO, Andréa Araújo; MAGALHÃES, Maria Eliane; FREITAS, Elizabete Viana de; BRANDÃO, Ayrton Pires. O controle da pressão arterial como questão central no tratamento da hipertensão arterial. **RevBrasHipertens**. 10: 253-259, 2003.

ROSÁRIO, Tânia Maria do; SCALA, Luiz César Nazário; FRANÇA, Giovanni Vinícius Araújo de; PEREIRA, Márcia Regina Gomes; JARDIM; Paulo César Brandão Veiga. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. **ArqBrasCardiol**, 2009; 93(6) : 672-678

SANTOS, Marcela Tabari de Lima .**Acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica: plano de ação. Universidade Federal de Minas Gerais.** Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2011. 26f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SANTOS, Max André dos; OLIVEIRA, Ana Carolina Diniz. **Atenção centrada na pessoa.** Belo Horizonte: Mimeo, 2013. 7p.

TOSCANO, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.885-895, 2008.

VIDIGAL, Eliane Nepomuceno . **Estratégia para acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos em um centro de saúde de Belo Horizonte - relato de experiência .** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Lagoa Santa, 2012. 41f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Jan. 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION.**Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Genebra: WHO, 2003.