UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSÉ ANTÔNIO CHAVES DE AGUIAR FILHO

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR O CONHECIMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CRUZINHA EM MINAS NOVAS, MINAS GERAIS

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS
2020

JOSÉ ANTÔNIO CHAVES DE AGUIAR FILHO

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR O CONHECIMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CRUZINHA EM MINAS NOVAS, MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa Rosamary Aparecida Garcia Stuchi

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2020

JOSÉ ANTÔNIO CHAVES DE AGUIAR FILHO

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR O CONHECIMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CRUZINHA EM MINAS NOVAS, MINAS GERAIS

Banca examinadora

Profa. Rosamary Aparecida Garcia Stuchi - UFMG

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 21 de fevereiro de 2020.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, sem o qual nada seria possível. Dedico-o à minha esposa Lara Lorena, aos meus pais e meus irmãos, pelo apoio incondicional.

Agradeço aos tutores e orientadores do curso, com quem partilhei horas a fio na construção deste e de tantos outros trabalhos.
Sou grato ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e à Universidade Federal de Minas Gerais pela experiência e aprendizado adquiridos.
Por fim, agradeço a todos que caminharam comigo ao longo desta jornada.

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência e com baixas taxas de controle. Identificamos elevado numero de portadores de hipertensão arterial atendidos pela Estratégia de Saúde da Família de Cruzinha, no município de Minas Novas, Minas Gerais, um alto índice descontrole da pressão arterial, falta conhecimento sobre a doença e não adesão ao tratamento após uma avalição situacional. Desta forma, objetivamos elaborar um plano de intervenção para aumentar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial e melhorar a adesão ao tratamento dos usuários hipertensos da Unidade de Cruzinha, Minas Novas, Minas Gerais. A elaboração do plano de intervenção foi baseado no Plano Estratégico situacional visando à prevenção, controle e tratamento desta clientela. Também foi realizada uma revisão bibliográfica através das bases da Biblioteca Virtual em Saúde, da Scientific Eletronic Library Online e PubMed. Buscou-se com o presente projeto, tornar o processo educacional mais convidativo para os pacientes hipertensos, e facilitar a aquisição de conhecimento sobre a doença, seus fatores de risco e suas complicações, fazendo com que o paciente possa comprender a importância da adesão ao tratamento. Espera-se que a constância das abordagens e a execução prática das mesmas gerem mudanças significativas e de longo prazo em meio à comunidade, auxiliando, não só os portadores de hipertensão, mas também aqueles acometidos pelas mais diversas doenças, cuja modificação de hábitos de vida gera grande impacto na qualidade do tratamento.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

Arterial hypertension is a highly prevalent disease with low rates of control. We identified a high number of patients with arterial hypertension treated by the Family Health Strategy of Cruzinha, in the municipality of Minas Novas, Minas Gerais, a high rate of uncontrolled blood pressure, lack of knowledge about the disease and non-adherence to treatment after a situational assessment. Thus, we aim to develop an intervention plan to increase the level of knowledge about arterial hypertension and improve adherence to the treatment of hypertensive users at the Cruzinha Unit, Minas Novas, Minas Gerais. The elaboration of the intervention plan was based on the Situational Strategic Plan aiming at the prevention, control and treatment of this clientele. A bibliographic review was carried out through the bases of the *Biblioteca Virtual em Saúde*, the Scientific Electronic Library Online and PubMed. This project was sought to make the educational process more inviting for hypertensive patients, and to facilitate the acquisition of knowledge about the disease, its risk factors and its complications, allowing the patient to understand the importance of adherence to treatment. It is expected that the constancy of the approaches and their practical implementation will generate significant and long-term changes in the community, helping not only those with hypertension, but perhaps also those affected by the most diverse diseases whose modification of life habits generates great impact on the quality of treatment.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Hypertension. Treatament Adherence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Aspectos demográficos das comunidades atendidas pela ESF Cruzinha em Minas Novas, Minas Gerais. 12

Tabela 2 – Aspectos epidemiológicos das comunidades atendidas pela ESF Cruzinha em Minas Novas, Minas Gerais. 12

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Cruzinha, município de Minas Novas, estado de Minas Gerais. 16

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Cruzinha do município Minas Novas, estado de Minas Gerais 28

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Cruzinha do município Minas Novas, estado de Minas Gerais 29

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Cruzinha do município Minas Novas, estado de Minas Gerais 30

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO** 11
1.2 Aspectos da comunidade 11
1.3 O sistema municipal de saúde 13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Cruzinha 14
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde de Cruzinha 15

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Cruzinha 15
1.7 O dia a dia da equipe Cruzinha 15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) 16
1.9 Priorização dos problemas – (segundo passo)

2 JUSTIFICATIVA 16
3 OBJETIVOS 18
3.1 Objetivo geral 19
4 METODOLOGIA 20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 21
5.1 Estratégia Saúde da Família 21
5.2 Atenção Primária à Saúde 21
5.3 Hipertensão 23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO 28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) 28
6.2 Explicação do problema (quarto passo) 29
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) 29
6.5 Desenho das operações (sexto passo) 29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 33
REFERÊNCIAS 34

1 INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho originou-se mediante os atendimentos de saúde prestados pela Estratégia Saúde da Família de Cruzinha no Município Minas Novas – Minas Gerais (MG). Na unidade temos cadastrados 2.155 pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, a hipertensão arterial, representando uma das doenças que mais atendimentos necessitam em nossa equipe, em decorrência da sua alta prevalência.

1.1 Aspectos gerais do município

Minas Novas é um município de 30.794 habitantes de acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), e com estimativa populacional em 2018 de 31.471 habitantes, localizada no vale do Jequitinhonha, distante 508,2 km da capital do Estado. Tem o 8º maior PIB do Jequitinhonha, com um grande potencial de desenvolvimento, e quase 300 anos de história (IBGE, 2019). Uma de suas atrações é a igreja histórica Nossa Senhora do Amparo, e outras são a Festa de Nossa Senhora do Rosário e o carnaval.

Quanto à educação, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade corresponde a 97,1%; possui 43 estabelecimentos de nível fundamental e nove de nível superior. Apresenta 12 estratégias de saúde da família, sendo 2 urbanas e 10 rurais (IBGE, 2019). Segundo o último censo, apresenta esgotamento sanitário adequado em 16,4% dos lares. A atividade política no município é revezada entre dois grupos políticos tradicionais à frente da administração municipal ao longo de décadas, o que impede maior desenvolvimento em infraestrutura da cidade. Por esse motivo, a cidade vive basicamente da agricultura familiar e de empregos oferecidos por uma empresa de plantio e colheita de eucalipto local (IBGE, 2019).

1.2 Aspectos da comunidade

A Estratégia de Saúde da Família de Cruzinha atende a 02 comunidades, sendo essas: Cruzinha e Capoeirinha. Juntas, possuem 2155 pessoas cadastradas pelos agentes comunitários de saúde, sendo 1875 pessoas da comunidade de Cruzinha e 280 pessoas em Capoeirinha. De forma geral, as comunidades vivem basicamente da agricultura familiar, mas muitas pessoas vão para os Estados de São Paulo e Espírito Santo para trabalhar em colheitas de café, ficam até 3 meses fora da comunidade.

Em todas essas comunidades há uma escola municipal que atende o povoado até o ensino médio, com turnos matutino e vespertino.

Tabela 1 – Aspectos demográficos das comunidades atendidas pela ESF Cruzinha em Minas Novas, Minas Gerais.

FAIXA ETÁRIA/ ANOS	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	12	10	22
1-4	34	49	83
5-14	126	190	316
15-19	82	100	182
20-29	215	316	531
30-39	180	190	370
40-49	89	114	203
50-59	87	114	201
60-69	70	82	152
70-79	32	42	75
≥ 80	8	22	30
TOTAL	935	1220	2155

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência da ESF Cruzinha, 2019.

Tabela 2 – Aspectos epidemiológicos das comunidades atendidas pela ESF Cruzinha em Minas Novas, Minas Gerais.

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	10
Hipertensos	**333**
Diabéticos	**54**
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	**27**
Pessoas que tiveram AVC	8
Pessoas que tiveram infarto	1
Pessoas com doença cardíaca	66

Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	9
Pessoas com hanseníase	1
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	4
Pessoas com sofrimento mental	36
Acamados	35
Fumantes	78
Pessoas que fazem uso de álcool	51
Usuários de drogas	2

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência da ESF Cruzinha, 2019.

1.3 O sistema municipal de saúde

A organização de rede municipal em que estamos inseridos se dá da seguinte forma: atenção primária oferecida pela equipe da ESF; atenção secundária oferecida pela Policlínica Municipal com profissionais especialistas (ginecologista, pediatra, cardiologista, neurologista, nutricionista e fisioterapeuta), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (psiquiatra e psicólogo) e direcionamento a centros de especialidades médicas de municípios vizinhos (Capelinha, Turmalina e Diamantina); quanto à atenção terciária, os pacientes são encaminhados ou transferidos para as clínicas e hospitais em Diamantina – MG e/ou Belo Horizonte - MG. Minas Novas possui 13 estratégias de saúde de família, uma policlínica municipal e um hospital.

Há no município grande dificuldade com relação às contra referências, muitas vezes não encaminhados para a atenção básica. Temos em nossa equipe, adotado o modelo organizativo da atenção primária sem, contudo, excluir uso de princípios ofertados pelo método de vigilância em saúde e de defesa à vida.

Essa mescla de modelos se dá pelo fato de atuarmos por meio do processo de territorialização, com planejamento estratégico das ações de saúde que a população apresenta demanda, permitindo sempre participação popular, para que os usuários da nossa Estratégia de Saúde da Família possam ativamente participar como moduladores do seu processo de saúde e autocuidado. Temos apoio de equipes de referência, e buscamos sempre a formação de vínculo da equipe com o usuário e elaboração de projetos de intervenção na comunidade.

1.4 A Unidade Básica de Saúde

O posto de apoio na comunidade de Cruzinha fica em sede própria da prefeitura, construída com a finalidade de servir como estrutura de saúde, apresentado 2 consultórios (um médico e um para enfermeiros) equipados com maca, mesa e instrumentos básicos para execução das suas atividades, mesa ginecológica localizada no consultório da enfermeira, sala de vacina e de procedimentos, farmácia, cozinha e banheiro.

Já a unidade de Capoeirinha funciona em uma casa paroquial cedida pela comunidade, antiga, apresentando apenas 3 cômodos e banheiro com fossa, não possuindo espaço adequado para realização de todos os procedimentos necessários, nem sala de espera para os pacientes. Há um projeto na prefeitura do município de construção de uma nova unidade de saúde, no mesmo local, com uma estrutura melhor e digna de trabalho e prestação de serviço de saúde à população.

Todas as unidades ficam localizadas no centro das comunidades, próximo as escolas locais. O acesso nem sempre é facilitado pelo fato de muitas famílias residirem longe do centro da comunidade, e algumas necessitam da utilização do ônibus escolar para terem acesso ao atendimento. Sendo assim, por vezes precisam esperar por horas o horário desses ônibus para irem e retornarem da unidade de saúde.

A estrutura inadequada da unidade situada na comunidade de Capoeirinha é o principal problema, além de falta de cozinha com eletrodomésticos básicos como fogão, falta de sala de vacinas. Além da ausência de consultório odontológico, sala para avaliação medica, onde não há privacidade para o paciente relatar sua queixa. Falta de materiais como bancos, computadores, impressoras. Falta de área para realização de grupos. Cota de exames laboratorial bem menor do que o necessário, de acordo com as recomendações de solicitação de exames de rotina segundo as diretrizes do Ministério da Saúde. Além de pouca disponibilidade de exames de imagem. Pouca disponibilidade de medicamentos na farmácia da unidade de saúde da família. Demora para consulta no serviço especializado. Demanda reprimida grande para realização de exames laboratoriais. Os serviços especializados não fornecem contrarreferência. Demora na entrega do resultado da colpocitologia oncótica, dificultando o seguimento das indicações de ‘screening’ pelo Ministério da Saúde. Ausência de ambulância disponível para transporte de pacientes graves.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde de Cruzinha

A equipe é composta pelo médico, enfermeiro, um dentista, um auxiliar odontológico, dois auxiliares de serviços gerais, um técnico de enfermagem, oito agentes comunitários, um motorista, dois fisioterapeutas, um nutricionista e uma psicóloga.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe

A unidade funciona de 7:00h às 16:00h, o horário de almoço é flexível de acordo com a quantidade de pacientes aguardando e a distância de onde residem e necessidade de atendimento antes do horário final de saída do ônibus escolar. A maior parte do atendimento é de demanda espontânea, tendo alguns retorno e consultas agendadas pelos agentes comunitários de saúde.

1.7 O dia a dia da equipe

A organização do processo de trabalho da equipe se dá da seguinte forma: o acolhimento é realizado inicialmente pelos auxiliares de serviços gerais e técnicas de enfermagem, a triagem da demanda espontânea é realizada pela enfermeira, consultas são agendadas pelos agentes comunitários de saúde de acordo com a quantidade de paciente/dia pré-estipulada pela equipe. As atividades de educação em saúde e de educação permanente são realizadas pelo menos uma vez por mês, utilizando as escolas como pontos de encontros, e são divididas entre os profissionais (enfermeira, médica, dentista, fisioterapeuta, nutricionista). As visitas domiciliares são todas agendadas para a segunda quarta feira do mês.

A equipe realiza o planejamento e avaliação das ações a serem ofertadas à população por meio da demanda observada por todos, especialmente, presenciadas pelos agentes comunitários de saúde, em associação com os supervisores escolares e líderes comunitários.

A organização do processo do trabalho é realizada da forma proposta pelo Ministério de Saúde, mas algumas vezes há problemas com a escala realizada para rodízio dos agentes na unidade nos dias de atendimento médico.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

• Não há farmácia em todas as unidades, sendo necessário o usuário se deslocar até unidade que possua.
• Ruas sem pavimentação com animais domésticos soltos.
• Cotas de exames laboratoriais menores do que o necessário, de acordo com as recomendações de solicitação de exames de rotina segundo as diretrizes do Ministério da Saúde.
• Pouca disponibilidade de exames de imagem.
• Demora no agendamento de consultas no serviço especializado.
• Demanda reprimida grande para realização de exames laboratoriais.
• Os serviços especializados não fornecem contrarreferência.
• Demora na entrega do resultado da colpocitologia oncótica, dificultando o seguimento das indicações de *screening* pelo Ministério da Saúde.
• Espaço físico da unidade inadequado e menor que o necessário.
• Falta de matérias como bancos, impressora, armários.
• Abuso de benzodiazepínicos, antidepressivos e outros psicotrópicos.
• Lombalgia crônica multifatorial.
• Descontrole pressórico.
• Descontrole glicêmico.
• Lixo e entulho nas ruas.
• Alto número de parasitose intestinal atendido.
• Lançamento incorreto dos dados no E-SUS.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Após a discussão com a equipe de saúde chegou-se à conclusão que o problema prioritário e com maior capacidade de resolução pela equipe, no momento, é o descontrole pressórico dos usuários, que pode ter sua causa devido à falta de adesão ao tratamento e a falta de conhecimento sobre os agravantes da doença relacionado ao não controle dos níveis pressóricos.

Outros problemas, também relevantes, foram apontados, porém a HAS se sobressaiu nas discussões pelo seu grande impacto social e econômico e pela alta capacidade de enfrentamento pelos usuários e equipe de saúde (Quadro 3).

Quadro 3 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Cruzinha, município de Minas Novas, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Pouca disponibilidade de medicamentos na farmácia da USF	Baixa	2	Fora	10
Ausência de ambulância para transporte de pacientes graves	Média	2	Fora	11
Baixa cota de exames	Alta	3	Fora	8
Demora para serviço especializado	Alta	3	Fora	9
Falta de contrarreferência	Alta	3	Fora	7
Ausência de coleta de lixo e rede de esgoto	Alta	3	Fora	6
Lombalgia crônica	Média	2	Parcial	5
Descontrole pressórico	Alta	5	Total	1
Descontrole glicêmico	Alta	3	Total	2
Alcoolistas	Alta	2	Parcial	3
Parasitose intestinal	Média	2	Parcial	4

Fonte: Autoria própria (2019).
*Alta, média ou baixa
** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30
***Total, parcial ou fora
****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Apesar da modernização e avanço científico no tratamento da hipertensão arterial, um de seus aspectos mais complexos é a adesão dos pacientes. A má adesão, seja no tratamento farmacológico ou não, vai desde o grau de coincidência entre a prescrição médica ao comportamento do indivíduo, em relação ao uso do medicamento, as mudanças no estilo de vida e o comparecimento às consultas médicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Minas Novas é um município de 30.794 habitantes de acordo com o censo 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), estimativa populacional em 2018 de 31.471 habitantes, localizada no vale do Jequitinhonha.

Dentre os integrantes da comunidade de Cruzinha, aproximadamente 15,4% (333 pessoas) possuem diagnóstico de hipertensão; sabe-se ainda que número razoável de usuários possa ser portador não identificado deste mal. Essa é a doença mais prevalente na área, e suas já conhecidas repercussões para a saúde tornaram-na a problemática de escolha dentre todas as detectadas.

Os principais nós encontrados no manejo da HAS pela equipe Cruzinha incluem o estilo de vida inadequado (alimentação desbalanceada, vida sedentária), o baixo nível de social e de instrução (como fator agravante, visto que dificulta mais o empoderamento do usuário a respeito de sua doença e dos benefícios do tratamento adequando), e falta de preparação da equipe de saúde, desde a subnotificação dos pacientes hipertensos à falta de orientações adequadas em relação à promoção, prevenção e reabilitação desses.

O grande número de hipertensos na população se deve a diversos fatores, desde a grande concentração relativa de idosos – que tem propensão aumentada à hipertensão pelo envelhecimento do sistema vascular – ao estilo inadequado de vida, incluindo o sedentarismo, a alimentação desbalanceada e o tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). O fato de a HAS ser silenciosa, associado ao baixo nível de instrução da população, torna a doença um grande e silencioso mal. Daí justifica-se um projeto de intervenção que visa a alteração dessa situação encontrada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para aumentar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial e melhorar a adesão ao tratamento dos usuários hipertensos da Unidade de Cruzinha, Minas Novas, Minas Gerais.

3.2. Objetivos Específicos

1. Capacitar à equipe de médicos e enfermagem
2. Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde
3. Realizar palestras educativas

4 METODOLOGIA

Este é um projeto de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional, tendo como medida a estimativa rápida de problemas observados, definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, conforme Faria, Campos, Santos (2018).

Será implementado na comunidade atendida pela ESF de Cruzinha, em Minas Novas, Minas Gerais. O público alvo são os pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial, em todos os seus estágios, devido à baixa adesão ao tratamento e ao pouco conhecimento sobre esta doença.

Os dados aqui utilizados foram obtidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2020), IBGE, secretaria municipal de saúde e por dados obtidos pela equipe de saúde de Cruzinha através de levantamento rápido.

Foi realizada uma revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e na PubMed por meio dos seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família, Hipertensão Arterial, Atenção Primária à Saúde e Adesão ao tratamento.

O plano de ação teve, como referência, os dez passos propostos por Faria; Campos; Santos (2018) de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional que nortearam todo o processo: i) definição dos problemas; ii) priorização dos problemas; iii) descrição do problema selecionado; iv) explicação do problema; v) seleção dos “nós críticos”; vi) desenho das operações; vii) identificação dos nós críticos; viii) análise de viabilidade do plano; ix) elaboração do plano operativo e x) gestão do plano de ação.

Os recursos pedagógicos a serem utilizados (folhetos, cartazes, vídeos, imagens) terão uma função importante nos grupos educativos para auxiliar o profissional de saúde a tornar o processo educacional mais convidativo para os pacientes hipertensos e facilitar, desta forma, a melhoria do conhecimento sobre a doença, seus fatores de risco e suas complicações, fazendo com que o paciente possa comprender a importancia da adesão ao tratamento.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca reorganizar a Atenção Básica no país de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

A ESF foi lançada como modelo de atenção primária, com ênfase no cuidar das famílias e comunidade, focando especialmente nas populações de maior risco e vulnerabilidade, ainda que provendo assistência irrestrita a toda a população da área adscrita a cada unidade de saúde (FIGUEIREDO, DEMARZO, 2015).

O principal recurso de implantação da ESF no Brasil são as equipes de Saúde da Família (ESF), compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário da saúde (ESF), podendo fazer parte também agente de combate às endemias e profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal). Cada ESF é responsável por 2.000 a 3.500 pessoas, e tem carga horária mínima de 40 horas semanais por 5 dias na semana durante todos os meses do ano (BRASIL, 2017).

Existem também as equipes que atuam com populações específicas, sendo estas as ESF Ribeirinha e ESF Fluviais, especializadas em População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira, que contam também com um técnico de laboratório e/ou bioquímico, e as equipes de Consultório na Rua e de Atenção Básica Prisional (BRASIL, 2017). Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), até dezembro de 2015 a atenção básica brasileira acompanhava 26.991.784 famílias nas diversas microrregiões, perfazendo mais de 91 milhões de pessoas acompanhadas pelo SUS (BRASIL, 2020).

5.2 Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), a atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde cujo embasamento dá-se em métodos e tecnologias práticas, com bases cientifica sólidas e socialmente aceitáveis, acessível a todos física e financeiramente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

Muitos conceitos utilizados na construção da definição moderna de APS remontam ao fim do século XIX, sendo que a sistematização em relação às redes de

atenção foi proposta pela primeira vez em 1920 pelo Relatório Dawson, que trouxe a criação de redes integradas de medicina preventiva e curativa através de ações primárias, secundárias e terciárias. Entretanto, apenas durante a conferência que gerou a Alma-Ata a saúde foi reconhecida como direito universal e a APS como uma maneira de prover acesso a tal (FIGUEIREDO, DEMARZO, 2015).

Assim como houve grande salto técnico entre as primeiras tentativas de organizar um sistema de saúde básica e a declaração de 1978, modificações foram e tem sido feitas desde então na tentativa de acompanhar as grandes mudanças sociais das últimas décadas, que incluem das modificações populacionais (como envelhecimento e urbanização da população) ao desenvolvimento de novas tecnologias dentro e fora da medicina, o que transformou profundamente não apenas a maneira com que nos relacionamos enquanto sociedade, mas também os índices globais de morbidade e mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

Em 2018, em comemoração aos 40 anos de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde promoveu novo encontro em Astana, no Cazaquistão, para discutir e estudar os casos de países que utilizam diferentes sistemas de APS, sendo o documento produzido a partir dessa reunião a Declaração de Astana. Essa declaração vem ressaltar os êxitos, transformações e adversidades enfrentadas nas últimas quatro décadas no âmbito de saúde pública e atenção primária, além de reafirmar o compromisso dos estados em promover saúde universal de qualidade e em construir sistemas de atenção primária sustentáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

No Brasil, a saúde primária desenvolveu-se de fato apenas com a criação do Sistema Único de Saúde, após a Constituição de 1988, que previa a saúde como direito de todos e dever do Estado, e através da Lei 8080/90, que regulou as ações e serviços de saúde no país (FACCINI, TOMASI, DILÉLIO, 2018). Em 1994 foi criado do Programa de Saúde da Família, embrião do que viria a ser a Política Nacional de Atenção Básica, o primeiro texto federal que moldou a ESF, em 2006, e posteriormente revisado em 2011 e 2017.

A portaria sobre Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza a ABS em seu artigo 2º como “(...) o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento,

reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (...)" (BRASIL, 2017 p. 13).

Assim sendo, a APS é dada como porta de entrada preferencial no que diz respeito ao SUS e à Rede de Atenção à Saúde (RAS), e contém em si muito além a prestação de serviço médico. É baseada e sustentada nos princípios de universalidade do acesso, equidade na assistência e integralidade da assistência, e seus principais tributos são a orientação familiar e comunitária (em seus contextos de potencial cuidado e ameaça a saúde) e a competência cultural, que prevê a adaptação às características da população atendida (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

5.3 Hipertensão

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é caracterizada por pressão arterial persistentemente alta, com base em várias medições. É definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm hg e/ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

A doença tem alta prevalência na população e é denominada como mal silencioso por sua característica ausência de sintomatologia clínica associada à capacidade de elevar o risco para doenças cardiovasculares, derrames e doença renal crônica (DANTAS, RONCALLI, 2019).

A única maneira de diagnosticar a HAS é através da aferição da pressão, o que deve ocorrer rotineiramente em consultas com pacientes adultos, sendo protocolo faze-la sempre no momento da primeira consulta do paciente na unidade de serviço de saúde básica e, em caso de resultado normal, periodicamente (a cada 1 a 5 anos, a depender da idade e estado de saúde do paciente) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018c). Protocolo adotado pela Organização Mundial da Saúde ressalta que o acompanhamento é particularmente importante em adultos que tenham histórico de infarto cardíaco ou acidentes vasculares encefálicos (AVE), sejam diabéticos, tenham doença real crônica, sejam obesos, fumem, ou que tenham histórico familiar positivo para infartos cardíacos ou AVE (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018d).

Dados da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial apontam que 32,5% dos brasileiros adultos são portadores da doença, o que perfaz mais de 36 milhões de indivíduos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Os fatores de risco para a hipertensão refletem a diversidade da síndrome, que compreende um mix de aspectos genéticos, ambientais, hormonais, vasculares e neurais (DANTAS, RONCALLI, 2019).

A síndrome é relacionada ao aumento de expectativa de vida da população; sabe-se que entre idosos brasileiros, a doença pode chegar a 68% de prevalência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2017). Além de possíveis acúmulos de fatores de risco, a mudança fisiológica da microarquitetura dos vasos é um mecanismo importante para este fator de risco (COSTA, LOURENÇO, 2018); pesquisas realizadas no país apontam ainda maior prevalência de hipertensão auto referida entre pessoas do sexo feminino (SOUSA et al. 2019) e nas pessoas negras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Ainda entre fatores não controláveis, menor risco de escolaridade parece estar ligado a maior prevalência de HA autorreferida, particularmente entre homens, e a genética age como componente mais relevante para alguns portadores da doença, e o é particularmente naqueles com a hipertensão em sua forma secundária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Dentre os fatores dietéticos, o consumo de sódio é há muito estudado em relação à HAS; sabe-se que o aumento da ingestão de sódio resultaria em mudança da resposta do sistema renina-angiotensina-aldosterona e no aumento de peptídio natriurético atrial, gerando por fim um aumento da pressão arterial, particularmente nas pessoas tem menor capacidade de excreção de sódio. Contudo, não se entende muito bem a base genética ou fisiológica que gera esse tipo de resposta. Portanto, o consumo excessivo de sódio é classificado como fator de risco para a população em geral (DE MORAES et al, 2019). É bem estabelecido também que o consumo crônico e excessivo de bebidas alcoólicas, caracterizado pela ingesta de mais de duas doses por dia, aumenta a pressão arterial de modo dose-dependente (KACZOROWSKY et al, 2017).

Em relação aos hábitos de vida, o sedentarismo contribui significativamente não apenas com a hipertensão, mas é também fator de risco muito importante à morte prematura. Considera-se atividade física ao menos 150 de atividade moderada, que provoque aumento da frequência cardíaca ou respiratória, ou 75 minutos de atividade vigorosa. Pessoas que não se exercitam adequadamente têm de 20 a 30% de chance a mais de morrer prematuramente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018d). O ganho de peso, por sua vez, parece estar associado

direta e indiretamente com o aumento da pressão arterial, por sua característica de influenciar em outros fatores de risco para a HAS. Estima-se que para o adulto com sobrepeso ou obesidade, cada 1 kilograma de peso corporal perdido signifique cerca de 1 mmHg a menos na pressão arterial (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2019).

As principais medidas pessoais a serem tomadas para evitar ou mesmo reduzir a pressão arterial em pessoas diagnosticadas com HAS é a otimização dos hábitos de vida. Segundo recomendações da America Heart Association, isso inclui a perda de peso naqueles com sobrepeso ou obesidade; redução de ingesta de sódio para, idealmente, menos de 1.500 mg/dia; a adoção de dieta DASH (*dietary approaches to stop hypertension*, ou "abordagens dietéticas para deter a hipertensão" em tradução livre), rica em frutas, vegetais, grãos integrais e laticínios com pouca gordura; aumento da ingesta de potássio para 3.500 a 5.000 mg/dia, de preferência a partir da dieta; a realização de exercícios físicos; e a moderação no consumo do álcool (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2019).

No Brasil, as taxas de conhecimento, tratamento e controle da HAS variam grandemente de acordo com a população estudada, sendo, respectivamente, entre 22% a 77%, 11,4% a 77,5% e 10,1% a 35,5%, sendo preocupante os baixos números de controle da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). Algumas revisões chegam a trazer que esse número não passa de 19,6% da população acometida, ainda que, teoricamente, 50 a 80% dos casos possam ser resolvido ainda na atenção básica (DANTAS, RONCALLI, 2019).

O pacote técnico HEARTS, produzido pela Organização Mundial da Saúde visando esclarecer práticas relevantes para a melhoria da saúde cardiovascular a partir da atenção primária de saúde, reforça que a modificação de comportamentos é essencial para o a adesão plena ao tratamento e para o sucesso deste. Ressalta, ainda, que os passos para essa modificação dependem em boa parte dos provedores de saúde, que devem compreender o processo da modificação comportamental para que, assim, possam facilitar a evolução do tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018d).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta aqui feita refere-se ao problema “descontrole pressórico”, priorizado por sua alta capacidade de enfrentamento pela equipe, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A hipertensão arterial é uma doença sistêmica que, apesar de ter caráter arrastado, tem grave impacto sobre o corpo no longo prazo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). A HAS é doença de alta prevalência e com baixas taxas de controle, e trabalhos indicam que o sucesso do controle da doença só ocorre quando há associação de um modelo de saúde baseado na Atenção Básica, de medidas gerais de controle de fatores de risco na população e de um modelo focado em educação permanente de profissionais e usuários (BRASIL, 2013). Das 2155 pessoas cadastradas na ESF, 333 possuem diagnóstico de HAS, tornando esta a doença com maior número de casos na população local.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A HAS é associada a 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de acidente vascular encefálico, e é agravada pela presença de outros fatores de risco – como obesidade abdominal, dislipidemia, intolerância à glicose e diabetes melito (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Em Cruzinha, a principal causa de óbito são as doenças cardiovasculares e dentre as principais causas de internação estão as emergências hipertensivas. Em um cenário ideal de diminuição de prevalência da doença e de suas complicações, todos os fatores relacionados à adesão do tratamento (como o uso de medicamentos inadequados ou insuficientes, efeitos adversos pouco toleráveis, indisponibilidade do tratamento mais adequado ao paciente na rede básica, etc) deveriam ser tocados e resolvidos. Apesar de significar trabalho contínuo e altos investimentos, especialmente iniciais, solucionar estes fatores significaria redução dos custos de longo prazo, sejam estes monetários ou sociais.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos (pontos passíveis de intervenção e que, uma vez alterados, causam impacto direto no problema) encontrados no manejo da HAS e selecionados para o presente trabalho são:

1) Desconhecimento a respeito da doença, de sua prevenção e complicações;

2) Estilo de vida inadequado (sedentarismo, tabagismo) e maus hábitos alimentares

3) Baixa adesão ao tratamento

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2 – Operações sobre o "nó crítico 1" relacionado ao problema "Hipertensão Arterial Sistêmica", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Cruzinha do município Minas Novas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Desconhecimento a respeito da doença, de sua prevenção e complicações
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação da população sobre a doença, prevenção, complicações e prognósticos.
Projeto	ConscientizAção
Resultados esperados	Promoção de autonomia e empoderamento a respeito da hipertensão entre a comunidade.
Produtos esperados	Formação de grupos de educação em saúde, palestras e consultas educativas.
Recursos necessários	Estrutural: organização de palestras, atendimentos e grupos Cognitivo: conhecimento e atualização sobre o tema Financeiro: disponibilização de materiais educativos sobre HAS e de materiais para sessões Político: articulações intersetoriais e mobilização social
Recursos críticos	Estrutural: organização interna da ESF Político: articulação intersetorial
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria de Saúde e Equipe de Saúde
Ações estratégicas	Apresentar projeto
Prazo	Imediato: Palestras e consultas Dois meses: Grupos

Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação de impacto através de follow up entre a população, realizado por médico e enfermeira, logo ao iniciar o projeto e em prazo de nove meses depois de sua implementação.

Fonte: Autoria própria (2019).

Quadro 3 – Operações sobre o "nó crítico 2" relacionado ao problema " Hipertensão Arterial Sistêmica", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Cruzinha do município Minas Novas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados.
Operação (operações)	Modificar hábitos e estilos de vida
Projeto	Saúde e Saber
Resultados esperados	Diminuição do número de pessoas sedentárias. Alteração dos hábitos alimentares.
Produtos esperados	Organização de caminhada. Organização de sessões específicas para orientações sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos
Recursos necessários	Estrutural: organização de caminhadas e sessões em grupo Cognitivo: conhecimento sobre o tema Financeiro: disponibilização de materiais sobre reeducação alimentar e prática de exercícios Político: articulações intersetoriais e mobilização social
Recursos críticos	Estrutural: organização de caminhadas e grupos operativos Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: mobilização social
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria de Saúde e Equipe de Saúde
Ações estratégicas	Apresentar projeto
Prazo	Imediato: Palestras e consultas

	Dois meses: Grupos
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Elaboração de um plano de ação para acompanhamento da atividade pela equipe de saúde e avaliação 6 meses depois de iniciado o projeto através de dados antropométricos.

Fonte: Autoria própria (2019).

Quadro 4 – Operações sobre o "nó crítico 3" relacionado ao problema " Hipertensão Arterial Sistêmica", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Cruzinha do município Minas Novas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Baixa adesão ao tratamento.
Operação (operações)	Melhorar o controle da doença, aprimorar o tratamento, promover mudanças e articular junto à secretaria de saúde a disponibilização de todos os medicamentos porventura necessários
Projeto	HiperDias
Resultados esperados	Melhoria significativa da adesão ao tratamento dos pacientes em geral
Produtos esperados	Grupos de capacitação, palestras, momentos interativos Disponibilização contínua de medicamentos na farmácia da ESF
Recursos necessários	Estrutural: estabelecer grupos operativos Cognitivo: informações sobre a doença, tratamento e prognóstico Financeiro: disponibilização dos medicamentos necessários Político: articulação intersetorial, integração da sociedade
Recursos críticos	Estrutural: estabelecer grupos operativos Financeiro: disponibilização dos medicamentos necessários
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Prefeitura, Secretaria de Saúde e Equipe de Saúde
Ações estratégicas	Apresentar projeto

Prazo	Quatro meses para o início das atividades e avaliação anual
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Capacitação das agentes comunitárias de saúde junto à equipe para acompanhar e avaliar nas visitas domiciliares, nas consultas e grupos operativos, a adesão ao tratamento dos participantes no projeto. Avaliação seis meses depois de iniciado o projeto.

Fonte: Autoria própria (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta foi desenvolvida a partir de avaliação rigorosa da realidade local, tanto em relação à prevalência e morbidade da moléstia quanto no que diz respeito à realização das intervenções recomendadas. A ESF de Cruzinha possui extensivo apoio de seus gestores e da comunidade na qual está inserida, assim como conjuntura de funcionários e espaços físicos adequados para a prática das atividades.

A expectativa é de adesão por parte da comunidade a partir de ampla divulgação, que será realizada principalmente pelos agentes comunitários, mas também durante as consultas e visitas domiciliares.

A princípio, as ideias aqui registradas serão revisadas e devidamente agendadas junto à equipe de saúde, que proporá então as temáticas das reuniões e palestras, assim como a distribuição de suas execuções. Após, será agendada, junto à prefeitura e demais órgãos responsáveis, a caminhada de saúde.

Espera-se que a constância das abordagens e a execução prática das mesmas gerem mudanças significativas e de longo prazo em meio à comunidade, auxiliando não só os portadores de HAS, mas também aqueles acometidos pelas mais diversas doenças cujos hábitos de vida têm grande impacto na qualidade do tratamento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. American College of Cardiology. **Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease:** A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. [Online]. 2019. Disponível em: https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000000678. Acesso em: 03 Jan. 2020.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde.** Brasília,[online], 2014. Disponível em: http://decs.bvs.br. Acesso em: 01 Jun. 2019.

BRASIL. Departamento de informática do SUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica.** Brasília [online]. 2020. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01. Acesso em: 01 Jun. 2019

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica**. 2017. Disponível em: www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017. Acesso em: 03 Jan. 2020.

COSTA, E.M; LOURENÇO, R.A. Hipertensão arterial no idoso saudável e no idoso frágil: uma revisão narrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 16, n. 1, p. 37-43, out. 2018. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/33267/26659. Acesso em: 03 Jan. 2020.

DANTAS, R.C.O; RONCALLI, AG. **Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n1/295-306/. Acesso em: 03 Jan. 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca. Acesso em: 01 Jun. 2019

FIGUEIREDO, E.N; DEMARZO, M.M.P. **Saúde e Política Nacional de Atenção Básica**. [online]. 2015. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf. Acesso em: 01 Jun. 2019.

MORAES, A.L.S et al. Teor de Sódio nos Alimentos e seus efeitos no metabolismo humano: uma revisão bibliográfica. [online] **Revista de Ciências da Saúde** – Nova Esperança. 2016. Disponível em: https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/84/90. Acesso em: 03 Jan. 2020.

FACCINNI, L.A; TOMASI, E; DILÉDIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42,

n. spe1 pp. 208-223. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 03 Jan 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades.** Brasília [online]. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php. Acesso em: 01 Jun. 2019

KACZOROWSKY J. et al. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Inglaterra. **Lancet Public Health**, 2017. 2(2):e108–e120. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468-2667(17)30003-8. Acesso em: 03 Jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à saúde do adulto: conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica.** 3 ed. Belo Horizonte, 2013. 210p.

PINTO L.F; GIOVANELLA L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1903-1914. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018. Acesso em: 03 Jan. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Brazilian Journal of Hypertension** [online]. 2017. 43(4), 257–286. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0004-27301999000400004. Acesso em: 01 Jun. 2019.

SOUSA, A.L.L et al. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial em idosos de uma capital brasileira. [online] **Arq Bras Cardiol**, 2019. Disponível em: .http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11203/pdf/11203012.pdf. Acesso em: 03 Jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations Children's Fund. **A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.** Genebra [online]. 2018a. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 03 Jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations Children's Fund. **Declaration of Astana.** Astana, Kazakhstan, 2018b. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf. Acesso em: 03 Jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: Evidence-based treatment protocols.** Genebra [online], 2018c. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260424/WHO-NMH-NVI-18.4-eng.pdf. Acesso em: 03 Jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: Healthy-lifestyle counseling.** Genebra [online], 2018d. Disponível em: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/hearts/8_GUIDANCE_WORKSHOP_HEARTS_April12HR_dp.pdf?ua=1. Acesso em: 03 Jan. 2020.