

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Nayara Almeida da Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A ALTA PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSAO ARTERIAL DESCOMPENSADA ENTRE OS PACIENTES DA
UNIDADE CISELISIO ROCHA THOMAZ EM MONTE CARMELO, MINAS GERAIS**

Uberaba – Minas Gerais

2020

Nayara Almeida da Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A ALTA PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSAO ARTERIAL DESCOMPENSADA ENTRE OS PACIENTES DA
UNIDADE CISELISIO ROCHA THOMAZ EM MONTE CARMELO, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Uberaba – Minas Gerais

2020

Nayara Almeida da Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A ALTA PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSAO ARTERIAL DESCOMPENSADA ENTRE OS PACIENTES DA
UNIDADE CISELISIO ROCHA THOMAZ EM MONTE CARMELO, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Banca examinadora

Professora Maria Marta Amancio Amorim. Doutora em Enfermagem. Centro Universitário Unifacvest

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 02 de junho de 2020.

RESUMO

Este trabalho para conclusão do curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família tem como objetivo propor um projeto de intervenção que visa a redução da alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada na área de abrangência da equipe II Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Ciselisio Rocha Thomaz em Monte Carmelo, Minas Gerais. Recomenda-se mudanças no estilo vida, realização atividade física, uso adequado dos medicamentos, apoio familiar e social, entre outros, para minimizar as complicações referentes a esta patologia e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Trata-se de uma doença crônica com alto índice de complicações graves e incapacitantes, inclusive levando a morte. Este projeto foi desenvolvido a partir do diagnóstico situacional utilizando o método de estimativa rápida, envolvendo toda a equipe II da unidade básica de saúde Ciselisio Rocha Thomaz em Monte Carmelo, Minas Gerais, onde se constatou um número elevado de portadores de hipertensão arterial descompensada. Para subsidiar o plano foi feita pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Estilo de Vida. Educação em Saúde além de consultas aos documentos do Ministério da Saúde; do Sistema de Informação em Atenção Básica e da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais. Logo após elaboramos um plano de intervenção utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional seguindo todos os passos, desde levantamento dos problemas até a elaboração da intervenção. Chegamos à conclusão que para a efetivação desse projeto é necessário a colaboração, capacitação e envolvimento de toda equipe, juntamente com educação em saúde aos portadores de hipertensão crônica e seus familiares, além de acompanhamento com equipe multiprofissional, para obtermos resultados positivos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Estilo de Vida. Educação em Saúde.

ABSTRACT

This work to conclude the Specialization course in Family Health Care Management aims to propose an intervention project aimed at reducing the high prevalence of decompensated Arterial Hypertension in the area covered by the team II Family Health Strategy of the Basic Unit of Health Ciselisio Rocha Thomaz in Monte Carmelo, Minas Gerais. Changes in lifestyle, physical activity, proper use of medications, family and social support, among others, are recommended to minimize complications related to this pathology and improve people's quality of life. It is a chronic disease with a high rate of serious and disabling complications, including leading to death. This project was developed from the situational diagnosis using the method of rapid estimation, involving the entire team II of the basic health unit Ciselisio Rocha Thomaz in Monte Carmelo, Minas Gerais, where a high number of people with decompensated arterial hypertension was found. To support the plan, bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library with the descriptors: Family Health Strategy. Hypertension. Lifestyle. Health Education in addition to consultation with Ministry of Health documents; the Primary Care Information System and the Minas Gerais State Health Secretariat. Right after we developed an intervention plan using the Situational Strategic Planning method following all the steps, from survey of problems to the elaboration of the intervention. We concluded that the effectiveness of this project requires collaboration, training and involvement of the entire team, along with health education for patients with chronic hypertension and their families, in addition to monitoring with a multidisciplinary team, to obtain positive results.

Keywords: Family Health Strategy. Hypertension. Lifestyle. Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Aspectos gerais do município	7
1.2 O sistema municipal de saúde.....	7
1.3 Aspectos da comunidade	8
1.4 A Unidade Básica de Saúde Ciselisio Rocha Thomaz	9
1.5 A Equipe de Saúde da Família II, da Unidade Básica de Saúde Ciselisio Rocha Thomaz.....	9
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe II Ciselisio Rocha Thomaz ..	10
1.7 O dia a dia da equipe II Ciselisio Rocha Thomaz	10
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	10
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
5.1. Hipertensão Arterial Sistêmica	17
5.1.1 Conceito, epidemiologia, fatores risco, fisiopatologia e diagnostico	17
5.1.2 Tipos Hipertensão	18
5.1.3 Complicações Hipertensão	20
5.1.4 Tratamento	21
5.1.4.1 Tratamento não medicamentoso	21
5.1.4.2 Tratamento medicamentoso.....	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	25
6.2 Explicação do problema selecionado(quarto passo)	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	27
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Monte Carmelo é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, com população estimada, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2016, de 48096 habitantes (IBGE, 2016).

A principal atividade econômica da cidade é a produção de telhas, tijolos, artefatos cerâmicos e é destaque na produção de curtume e de embalagens e ainda na produção de café. Possui o bioma cerrado e o clima é tropical. (MONTE CARMELO, 2017).

O município está inserido na mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, a microrregião de saúde é Patrocínio e a macrorregião é Triângulo do Norte. Ocupa a posição de município polo, para cinco municípios, sendo eles: Romaria, Estrela do Sul, Grupiara, Douradoquara, Abadia dos Dourados e Irai de Minas. Em algumas especialidades os pacientes são enviados para Guimarães e Coromandel (MONTE CARMELO, 2017).

A distância entre os municípios vizinhos e Monte Carmelo são as seguintes: Romaria 18 km, Abadia dos Dourados 30,1 km, Coromandel 43,4 km, Estrela do sul 20,7 km, Douradoquara 35,3 km, Irai de Minas 28,4 km, Grupiara 36 km. A distância entre Monte Carmelo e Patrocínio é de 82 km, de Monte Carmelo a Uberlândia é de 108 km, de Monte Carmelo a Araguari é de 99,1 km e de Monte Carmelo a Patos de Minas é de 159 km (MONTE CARMELO, 2017).

O município conta com várias instituições de ensino, sendo seis escolas estaduais de ensino fundamental e três de ensino médio, dois colégios particulares de ensino fundamental e médio, três instituições de ensino superior particular e uma instituição de ensino superior pública, um dos campos da Universidade Federal de Uberlândia. (MONTE CARMELO, 2017).

1.2. O Sistema Municipal de Saúde

O município conta com 20 estabelecimentos de saúde, sendo 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma policlínica com vários especialistas, uma farmácia municipal, uma clínica odontológica, um centro de atenção psicossocial, um pronto socorro municipal. O orçamento destinado à saúde no município é planejado conforme legislação orçamentária específica e é descrito na Lei orçamentária municipal através do plano orçamentário anual.

Rede de serviços:

- Atenção primária: 11 unidades básicas de saúde (UBS), com 15 Equipes de estratégia de saúde da família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), clínica odontológica.
- Atenção especializada: Município conta com policlínica com várias especialidades (ginecologia e obstetrícia, pediatria, ortopedia, dermatologia, cardiologia, neurocirurgia, oftalmologia)
- Atenção de urgência e emergência: Conta com um pronto socorro
- Atenção hospitalar: Uma maternidade, demais casos são encaminhados para Patrocínio e Uberlândia
- Apoio diagnóstico: Exames comuns contam com laboratórios de apoio: Labor Monte, Santa Clara, radiografia e ultrassom, exames complexos são encaminhados a outros polos de apoio como Patrocínio e Uberlândia.
- Assistência farmacêutica: Conta com farmácia municipal e popular
- Relação com outros municípios: Boa relação com municípios vizinhos e centros de encaminhamentos
- Modelo de atenção: Atenção Primária
- Problemas relacionados à rede de serviços de saúde: demora em obter resultados de exames comuns mais ou menos três semanas; fila de espera para consulta com especialista de três a seis meses; falta de especialistas fundamentais como neurologia e psiquiatria; dificuldade em conseguir a realização de exames complexos.

1.3 Aspectos da comunidade do Triângulo

A comunidade do Triângulo tem aproximadamente cerca de 8.500 pessoas, pois conta com área rural descoberta. Conta com duas equipes de (ESF), dividindo-se em seis micro áreas mais zona rural, sendo micro áreas 1, 5 e zona rural da equipe II a qual faço parte. As famílias da área urbana são consideradas de renda média, bairros com estrutura de saneamento básico de boa qualidade e coleta de lixo duas vezes por semana. População de classe média, sendo as da zona rural que ocupam a maior parte das demandas dos serviços prestados pela UBS Ciselisio Rocha.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Ciselisio Rocha Thomaz

A UBS Ciselisio Rocha, que abriga a equipe da ESF a qual faço parte, está situada na rua Duarte da Costa, Jardim dos Ipês em Monte Carmelo, Minas Gerais. Possui uma boa estrutura, recepção com aproximadamente 20 cadeiras para acomodar pacientes, computadores, impressoras, três consultórios médicos equipados com computador, impressora, maca, mesa e cadeiras, dois consultórios de enfermagem equipados, sala de procedimentos, sala de curativos, sala de vacina, sala de reuniões, cozinha, banheiros. Além de realizar eletrocardiograma, monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), suturas, administração de medicamentos, curativos, consultas com especialistas algumas vezes na semana. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

1.5 A Equipe de Saúde da Família II, da Unidade Básica de Saúde Ciselisio Rocha Thomaz

A equipe II de saúde da família da UBS Ciselisio Rocha é composta por:

Médica: na equipe há um mês, formada há dois anos, primeiro emprego em UBS.

Enfermeiro: na equipe há dois anos, coordenador da equipe II, prestativo, resolutivo e eficiente.

Técnica enfermagem: na equipe há dois anos, querida por todos e muito habilidosa.

ACS 1: na equipe há cinco anos, participa ativamente das atividades, Tem facilidade para falar em público. Responsável pela micro área 1.

ACS 2: na equipe há um mês, trabalhava em outra equipe como ACS há dois anos, bastante conhecimento sobre a comunidade. Responsável pela micro aérea 5.

Recepcionista: na equipe há três anos, habilidosa, simpática e gosta muito de seu trabalho.

Serviços gerais: na equipe há três anos, tranquila, ágil e eficiente.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe II Ciselisio Rocha Thomaz

A UBS Ciselisio Rocha funciona de segunda a sexta das 07:00 horas da manhã as 17:00 da tarde, com revezamento para horário de almoço entre as duas equipes.

Durante o horário de trabalho a equipe disponibiliza serviços de vacinação, triagem, consulta médica, realização de alguns procedimentos como: curativos, suturas, aplicação de medicações, eletrocardiograma, MAPA 24 horas, Holter 24 horas. Grupos operativos em sala de reunião, e alguns dias na semana consulta médica com algumas especialidades como oftalmologia, ginecologia, neurologia, psicóloga e nutricionista.

1.7 O dia a dia da equipe II Ciselisio Rocha Thomaz

A agenda da equipe é composta por consultas médicas, 10 agendadas e seis vagas para demanda espontânea em cada período. A atenção está voltada para crianças, gestantes, adultos e idosos. Além de triagem, visita domiciliar, grupos de hipertensos e diabéticos, pré-natal, puericultura e tabagismo, realização de pequenos procedimentos como: curativos, vacina, administração de medicamentos, hidratação venosa, Papanicolau, eletrocardiograma. Consulta com nutrição, psicologia, ginecologia, oftalmologia, 1 vez por semana.

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

Foi realizado um levantamento por toda equipe de saúde para listar os principais problemas de saúde enfrentados em nossa unidade. Estes são:

- -Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) descompensada.
- -Alta prevalência de diabetes mellitus descompensada.
- -Falta de adesão aos tratamentos indicados.
- -Falta aderência as campanhas de prevenção em saúde.

- Equipes ESF insuficientes para cobertura de toda área de abrangência.
- Área rural descoberta.
- Doenças psiquiátricas.
- Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.
- Doenças articulares.
- Obesidade.
- Doenças respiratórias agudas e crônicas.
- Doenças Infecciosas Agudas.
- Doenças Vasculares Periféricas.
- Doenças Gástricas.
- Doenças Diarreicas.
- Tabagismo.
- Alcoolismo.
- Demora em obter resultados de exames comuns.
- Fila de espera para consulta com especialista de 3 a 6 meses.
- Falta de especialistas fundamentais como neurologia e psiquiatria.
- Dificuldade em conseguir a realização de exames complexos.

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

O Quadro 1 refere-se à classificação de prioridade dos problemas identificados na área de atuação da equipe II da UBS Ciselisio Rocha Thomaz, através do método de estimativa rápida, realizado pelo levantamento entre toda equipe dos principais problemas de saúde enfrentados na unidade.

Atribuindo um valor, alto, médio ou baixo, para a importância do problema, distribuindo pontos de 1 a 10 conforme sua urgência, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo plano e numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado de aplicação dos critérios de seleção. Sendo a alta prevalência de hipertensão arterial descompensada o problema de maior importância, urgência e capacidade de enfrentamento em nossa unidade de acordo com toda equipe.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde II, Unidade Básica de Saúde Ciselisio Rocha Thomaz, município de Monte Carmelo, Minas Gerais, 2019

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada	Alta	10	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus descompensada	Alta	9	Parcial	2
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	5	Parcial	3
Obesidade	Alta	3	Parcial	4
Doenças Diarreicas	Alta	2	Parcial	5
Tabagismo	Alta	1	Parcial	6

Fonte: ESF II Ciselisio Rocha Thomaz, Monte Carmelo, Minas Gerais, 2019

* atribuindo um valor, alto, médio ou baixo, para a importância do problema.

** distribuindo pontos de 1 a 10 conforme sua urgência.

*** definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo plano.

****numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado de aplicação dos critérios de seleção.

Para a classificação de prioridade dos problemas foi realizada reunião com toda a equipe e discutido todos os problemas encontrados no diagnóstico situacional e então selecionados aqueles passíveis de intervenção pela equipe e classificados em ordem de prioridade e relevância até uma pontuação máxima de 10 pontos. Sendo a hipertensão arterial descompensada o problema mais frequente entre os pacientes de nossa unidade, sendo atribuída a maior pontuação.

A HAS é uma doença crônica grave e silenciosa com consequências para a saúde, podendo inclusive ser incapacitante e levar à morte. Com alta prevalência na área de abrangência da equipe II ESF Ciselisio Rocha Thomaz, por este motivo é tão importante a educação, prevenção e manejo adequado dessa doença entre a população para evitar complicações graves.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma doença crônica, multifatorial, caracterizada por apresentar níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Com alta mortalidade e perda da qualidade de vida, porém de fácil manejo com diagnóstico precoce e controle pressórico através de mudanças no estilo de vida e uso adequado dos medicamentos para evitar as complicações que podem ser incapacitantes ou levarem a morte. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Através do diagnóstico situacional realizado por toda equipe II ESF da UBS Ciselisio Rocha Thomaz em Monte Carmelo, Minas Gerais, foi possível observar o número elevado de pacientes hipertensos, que ocupam grande demanda dos serviços oferecidos na unidade por descompensação da doença.

Por este motivo decidimos elaborar este projeto com intuito de planejar e aplicar soluções para este problema grave e prevalente em nossa unidade, para reverter e melhorar a qualidade de vida e controle dessa doença entre os portadores.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um projeto de intervenção que visa a redução da alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada na área de abrangência da equipe II ESF da UBS Ciselisio Rocha Thomaz em Monte Carmelo, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Promover intervenções de educação em saúde para os pacientes e seus familiares sobre hipertensão arterial e suas complicações.

Promover mudanças no estilo vida e hábitos saudáveis.

Implementar medidas para o uso adequado das medicações.

Capacitar equipe de saúde da família sobre hipertensão arterial.

4 METODOLOGIA

Para elaboração desse projeto, primeiro foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência de atuação da equipe II ESF da unidade Ciselisio Rocha Thomaz em Monte Carmelo, Minas Gerais, através do método de estimativa rápida, para conhecimento da comunidade, população e os principais problemas existentes.

Foi elaborado um plano de ação seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), identificando, priorizando e elaborando planos de ação para solução do problema (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Foi realizada uma revisão sobre hipertensão arterial consultando a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com data de publicação entre 2009 a 2019, com os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Estilo de Vida. Educação em Saúde.

Foram consultados também documentos do Ministério da Saúde; do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB); do IBGE; da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais (SES).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

5.1.1 Conceito, epidemiologia, fatores de risco, fisiopatologia e diagnóstico

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados, $> 140/90$ mmHg e sustentados da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA $\geq 140/90$ mmHg, 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. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os fatores de risco associados ao desenvolvimento da HAS são descritos em seguida.

- Idade: Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira (SETE LAGOAS, 2018).
- Sexo e etnia: Na Pesquisa Nacional de Saúde, PNS de 2013, a prevalência de HAS autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%) (SETE LAGOAS, 2018).
- Obesidade: O Nurses Health Study mostra que o excesso de peso, mesmo que discreto, aumenta substancialmente o risco de HAS. Para cada 1 Kg/m² de aumento do índice de massa corpórea (IMC), o aumento no risco relativo para HAS foi de 12% (SÃO PAULO, 2011).
- Ingestão de sal: Sabe-se que aproximadamente 50% dos hipertensos são sensíveis ao sal e o uso exagerado deste está associado ao maior risco de HAS. Povos que consomem dieta com menor quantidade de sal têm menor prevalência de HAS e a PA não se eleva com a idade. A restrição de sal a 6g/dia produz uma queda média da pressão sistólica de a 2 a 8mmHg (SÃO PAULO, 2011).

- Ingestão de álcool: Consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente (SETE LAGOAS, 2018).
- Sedentarismo: aumenta o risco de HAS em 30% quando comparado com indivíduos ativos, e a atividade aeróbica tem efeito hipotensor mais acentuado em indivíduos hipertensos do que em normotensos (SÃO PAULO, 2011).

À medida que as pessoas envelhecem, a causa predominante de HAS tende a ser uma resistência vascular periférica elevada, geralmente em combinação com o aumento da rigidez dos vasos, que se manifesta clinicamente como hipertensão sistólica isolada (SIMÃO, 2013). O agrupamento familiar implica uma predisposição genética cuja interação com fatores ambientais, como a ingestão de sal e energia e o grau de exercício físico, determina em última análise a gravidade do aumento da PA.

A HAS é diagnosticada quando medições repetidas da PA no consultório médico produzem valores de 140/90 mmHg ou mais. O diagnóstico deve ser confirmado por monitorização ambulatorial 24 horas da PA ou por medição domiciliar. Outros fatores de risco e danos aos órgãos-alvo também devem ser considerados. De acordo com as diretrizes atuais, a PA alvo para todos os pacientes, incluindo aqueles com diabetes mellitus (DM) ou insuficiência renal, é <140/90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Medir a pressão regularmente é a única maneira de diagnosticar a HAS. Pessoas acima de 20 anos de idade devem medir a PA ao menos uma vez por ano. Se houver casos de pessoas com pressão alta na família, deve-se medir no mínimo duas vezes por ano (BRASIL, 2019)

5.1.2 Tipos de hipertensão

A HAS pode se apresentar de diferentes formas:

Hipertensão mascarada, é caracterizada por valores normais da PA no consultório médico, porém com PA elevada pela MAPA ou medidas residenciais (MALACHIAS et al., 2016)

Hipertensão de início repentino: Ausência de uma queda noturna da PA (“não mergulhador”) ou até mesmo um aumento noturno da PA (“mergulhador reverso”) na medição a longo prazo de 24 horas. Idade incomum de início (antes dos 30 anos ou após os 60 anos) (SIMÃO, 2013).

Hipertensão resistente ao tratamento: é a PA que permanece persistentemente acima de 140/90 mmHg, apesar do tratamento com três drogas anti-hipertensivas, em doses ótimas, uma das quais é um diurético. A definição também requer a exclusão de possíveis causas de hipertensão secundária. Em pacientes que sofrem de hipertensão arterial resistente ao tratamento, a PA não pode ser adequadamente controlada, mesmo que o paciente tome o medicamento prescrito regularmente (SAVIOLI; SAVIOLI, 2019).

Hipertensão sistólica isolada, definida como pressão arterial sistólica PAS aumentada com pressão arterial diastólica PAD normal (MALACHIAS et al., 2016)

Hipertensão secundária: possui uma causa identificável, tem prevalência de 3-5%. O tratamento da causa pode curar ou melhorar o controle da PA (MALACHIAS et al., 2016). Principais causas de HAS secundária: Doença Parenquimatosa Renal (glomerulopatia, pielonefrite crônica, rins policísticos, nefropatia de refluxo), Renovascular (aterosclerose, hiperplasia fibromuscular, poliarterite nodosa). Endócrina (acromegalia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, hiperaldosteronismo primário, síndrome Cushing, hiperplasia adrenal, feocromocitoma, uso de hormônios exógenos). Coartação de aorta. Hipertensão gestacional. Neurológicas (aumento de pressão intra-craniana, apnéia do sono, quadriplegia, porfiria aguda, disautonomia familiar). Estresse agudo (cirurgia, hipoglicemia, queimadura, abstinência alcoólica, pos-parada cardíaca, perioperatório). Insuficiência aórtica, fístula arterio-venosa, tireotoxicose, doença Paget e beribéri (hipertensão sistólica). Exógenas (abuso de álcool, nicotina, drogas imunossupressoras, intoxicação por metais pesados) (BELO HORIZONTE, 2011).

Em serviços de Atenção Básica à Saúde, a prevalência de HAS secundária é baixa (inferior a 1%), porém, a detecção é importante porque o tratamento da causa pode

levar à normalização da PA. Os casos suspeitos devem ser encaminhados para a atenção secundária (BELO HORIZONTE, 2011).

De acordo com a recomendação atual, quanto maior o risco cardiovascular geral do paciente, mais estritamente a PA deve ser controlada e o tratamento medicamentoso mais precoce deve ser iniciado. Além disso, antes de qualquer tratamento, as causas potenciais da hipertensão secundária devem ser excluídas. Deve-se ter em mente a possibilidade de pseudo-resistência ao tratamento devido à hipertensão do avental branco ou à adesão abaixo do ideal. A conformidade pode ser verificada por medição da PA após a ingestão supervisionada de medicamentos ou por medida da (s) substância (s) ativa (s) no soro ou na urina do paciente. Esses fatores são muitas vezes deixados de lado, mesmo por especialistas (SIMÃO, 2013).

5.1.3 Complicações da hipertensão

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo são hipertensas, o que pode ocasionar ataques cardíacos e derrames (acidente vascular cerebral). A HAS é o principal fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A cada ano, ocorrem 1,6 milhões de mortes causadas por doenças cardiovasculares na região das Américas (OPAS, 2016)

A HAS frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Mantém 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)

A HAS é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular. Primeiro, por apresentar alta prevalência, segundo por ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores. Cerca de 30% da população adulta apresenta níveis de PA acima de 140/90mmHg, porém riscos cardiovasculares começam a existir em níveis ainda menores (SÃO PAULO, 2011)

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingido 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e violentas (SÃO PAULO, 2011)

A HAS é responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença coronariana, sendo que esta porcentagem aumenta proporcionalmente aos valores pressóricos (SÃO PAULO, 2011)

5.1.4 Tratamento

5.1.4.1 Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso da HAS é a intervenção do profissional voltada para eliminação ou redução dos fatores de risco modificáveis. É responsabilidade de todos os membros da equipe multiprofissional, considerado pilar determinante para alcance das metas pressóricas, redução do risco cardiovascular global e favorece a eficácia do tratamento. Para construção do plano terapêutico não medicamentoso os profissionais envolvidos no cuidado devem considerar a realidade do sujeito afim de que ele se sinta parte e corresponsável pelo próprio tratamento, favorecendo a adesão ao tratamento (SETE LAGOAS, 2018).

O tratamento não medicamentoso da HAS envolve controle ponderal, medidas nutricionais, redução do consumo sal, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, diminuição consumo álcool, controle de estresse (MALACHIAS et al., 2016)

De acordo com a atualização das diretrizes, todos os pacientes, incluindo aqueles com insuficiência renal ou diabetes, devem ter sua PA reduzida para menos de 140/90 mmHg, conforme medido no consultório médico, no início do seu tratamento. A maioria dos pacientes vai tolerar isso bem; para aqueles que o fazem, é recomendada uma redução adicional da PA. É definido um intervalo alvo de PA, incluindo um limite inferior. Para pacientes entre 18 e 65 anos, é sugerida uma pressão arterial sistólica abaixo de 130 mmHg, mas não inferior a 120 mmHg (SLHESSARENKO, 2018).

Atualmente, recomenda-se que todas as pessoas tenham um IMC entre 20 e 25 kg / m², com uma circunferência da cintura menor que 94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres. A redução maciça de peso provocada pela cirurgia bariátrica está associada a uma melhora inicial acentuada da PA. A longo prazo, no entanto, esse efeito parece diminuir e é necessária uma redução persistente do peso em pelo menos 10 kg para diminuir a pressão arterial sistólica em 6 mmHg (RECK; SILVERIO; LEITÃO, 2010).

5.1.2.2 Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso da HAS visa, em última instância, redução da morbimortalidade cardiovascular. É caracterizado pelo emprego de diversas classes medicamentosas associadas ao tratamento não medicamentoso para o desfecho satisfatório. A maioria das evidências científicas produzidas apresentam estudos com associações medicamentosas, com destaques satisfatórios no uso de diuréticos (DIU), betabloqueadores (BB), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA). O médico deverá fazer a prescrição medicamentosa tendo em vista a eficácia do fármaco, a tolerância do paciente, ser passível de uso em associação e que o paciente seja orientado quando a importância da continuidade do tratamento, da eventual necessidade de ajuste de doses, da possível necessidade de troca ou associações, bem como da possibilidade de efeitos adversos (SETE LAGOAS, 2018)

O tratamento com medicamentos está indicado para os indivíduos com PA estágio 1 e risco cardiovascular CV baixo e moderado, quando as medidas não farmacológicas não surtirem efeito após um período inicial de pelo menos 90 dias. Em situações especiais, onde o acesso e/ou retorno a assistência médica seja difícil, poderá ser considerado o emprego inicial de medicação anti-hipertensiva, mesmo para esse grupo de pacientes. Para aqueles em estágio 1 e alto risco CV ou doença cardiovascular (DCV) estabelecida, o uso de medicamentos deverá ser iniciado de imediato. Da mesma maneira, nos casos de HAS estágio 2 e 3, independentemente do risco CV, o tratamento medicamentoso deverá ser iniciado de imediato. Para os indivíduos com pré-hipertensão, a utilização de medicamentos poderá ser uma opção, levando-se em consideração o risco CV e/ou a presença de DCV (SETE LAGOAS, 2018)

O quadro 2 faz referencia a classificação da HAS através da aferição da PA, importante para a decisão terapêutica para saber que conduta inicial adotar através dos valores pressóricos, classificando o estagio da HAS no paciente e decidir se iniciara tratamento apenas com mudanças no estilo de vida, se iniciara anti-hipertensivos, se será monoterapia ou associação de duas ou mais classes de anti-hipertensivos.

Quadro 2. Classificação da PA de acordo com aferição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	Valor PAS (mmHg)	Valor PAD (mmHg)
Normal	≤120	≤80
Pré-Hipertensao	121-139	81-89
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-179	100-109
Estágio 3	≥180	≥110

Fonte: MALACHIAS et al.(2016)

Os Inibidores da ECA e antagonistas dos receptores AT1 melhoram a sobrevida de pacientes com insuficiência cardíaca e têm um efeito benéfico na nefropatia diabética, devendo, portanto, ser administrados preferencialmente a pacientes com essas condições. Eles também podem diminuir o risco de desenvolver DM tipo 2. Os bloqueadores dos canais de cálcio do tipo di-hidropiridina são anti-hipertensivos eficazes e podem, em princípio, ser combinados com qualquer outro tipo de anti-hipertensivo de primeira linha. O edema periférico devido à vasodilatação periférica é um efeito colateral comum e, às vezes, leva à descontinuação do medicamento (CUCLICH; KATES, 2018).

Os inibidores da ECA e os antagonistas dos receptores AT1 são contraindicados durante a gravidez. As mulheres grávidas podem tomar medicamentos anti-hipertensivos mais antigos, como di-hidralazina e alfa-metildopa; eles também podem tomar betabloqueadores, como metoprolol e nifedipina de liberação prolongada. (CUCLICH; KATES, 2018).

O tratamento da HAS com uma combinação de intervenções no estilo de vida e medicamentos pode reduzir significativamente o risco CV. Na maioria dos pacientes, a

PA pode ser reduzida efetivamente com medicamentos anti-hipertensivos de primeira linha, mas a monoterapia geralmente não é suficiente. Com relação aos valores-alvo da PA, muitas questões permanecem em aberto. Espera-se que os novos valores-alvo alterados deem origem a uma discussão animada de suas vantagens e riscos potenciais em breve. (CUCLICH; KATES, 2018).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alta Prevalência de Hipertensão Arterial Descompensada entre os pacientes da UBS Ciselisio Rocha Thomaz em Monte Carmelo, Minas Gerais, 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 PES (FARIA; CAMPOS; SANTOS 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

De acordo com os dados populacionais levantados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe II da ESF Ciselisio Rocha Thomaz em Monte Carmelo, Minas Gerais, podemos observar a alta prevalência de hipertensos na nossa área de abrangência, sendo muitos casos ainda não diagnosticados. As complicações causadas por esta doença quando não controlada refletem diretamente na saúde do município:

As principais causas de óbitos são doenças cardiovasculares, neoplasias, complicações diabetes, acidentes de trânsito. As principais causas de internação são infarto agudo miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC), fraturas, diabetes descompensada, transtornos psiquiátricos. Por isso a escolha deste tema, devido ao grande número de pacientes portadores de HAS, doença que acomete cada vez mais precocemente a população, implica em complicações para os pacientes, para a equipe e para o sistema de saúde em função das limitações e dificuldades em lidar com essa patologia.

O quadro 3 refere-se ao perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF equipe II, UBS Ciselisio Rocha Thomaz, Monte Carmelo, Minas Gerais, em relação aos indicadores de saúde, observando-se alta prevalência de hipertensos na nossa área, sendo muitos casos ainda não diagnosticados.

Quadro 3. Diagnóstico Situacional Unidade Básica de Saúde Ciselisio Rocha Thomaz, município de Monte Carmelo, Minas Gerais, 2019

Indicadores	Micro 1	Micro 5	Zona rural	Total
-------------	---------	---------	------------	-------

Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	258	112	Descoberta	370
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	108	81	Descoberta	220
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	361	316	Descoberta	677
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	235	192	Descoberta	427
Portadores de hipertensão arterial esperados:	250	236	Descoberta	486
Portadores de hipertensão arterial cadastrados:	132	109	Descoberta	241
Portadores de diabetes esperados:	180	175	Descoberta	355
Portadores de diabetes cadastrados:	106	88	Descoberta	194

Fonte: Coordenador equipe II da ESF

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), a HAS ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg. A pressão alta faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo. A pressão alta é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, enfarte, aneurisma arterial, insuficiência renal e cardíaca. As principais causas e fatores de risco para desenvolvimento da HAS: hereditariedade, tabagismo, alcoolismo, obesidade, estresse, elevado consumo de sal, dislipidemias, falta de atividade física, raça negra e idade avançada.

Observando os fatores de risco e comparando com nossa priorização de problemas, podemos relacionar que vários dos problemas encontrados como: falta de adesão aos tratamentos indicados, falta aderência nas campanhas de prevenção em saúde, equipes ESF insuficientes para cobertura de toda área de abrangência, área rural descoberta, obesidade, tabagismo e alcoolismo. Esses fatores influenciam diretamente no desenvolvimento, falta de diagnóstico e baixo controle dessa doença. Ademais temos fatores como os hábitos e estilos de vida inadequados, consumo elevado de sal,

não consumo de alimentos saudáveis, sedentarismo, que propiciam o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. Ocorre o baixo nível de conhecimento da população sobre suas doenças e suas consequências, tornando-se muito importante os projetos educativos nas escolas e nas comunidades para fazer uma intervenção preventiva na população vulnerável.

Sendo a HAS uma doença crônica grave e silenciosa com consequências para a saúde, podendo inclusive ser incapacitante e levar à morte. Com alta prevalência na área de abrangência da equipe II ESF Ciselisio Rocha Thomaz, por este motivo é tão importante a educação, prevenção e manejo adequado dessa doença entre a população para evitar complicações graves.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Baseado no problema selecionado, elaboramos os nós críticos, que são as causas nas quais é possível atuar, elaborando soluções e estratégias para o enfrentamento do problema. (FARIA, CAMPOS, SANTOS, 2018), para reverter o quadro de números elevados de hipertensos descompensados na nossa área de abrangência.

Os nós críticos são descrito em seguida.

- Falta de aderência aos tratamentos indicados: falta de apoio familiar e social; esquecem de tomar a medicação diária; uso inadequado do tratamento e indisponibilidade de medicamentos.
- Hábitos de vida inadequados: consumo excessivo sal; não praticam atividade físicas; não cessam nem diminuem consumo de álcool ou tabaco; não seguem uma alimentação saudável.
- Falta de conhecimento sobre a doença e suas consequências: não entendem a HAS como doença crônica com consequências graves para saúde; baixa escolaridade.
- Equipe de saúde insuficiente: falta de prevenção e diagnóstico precoce entre todos pacientes da área de abrangência; relação equipe paciente fragilizada; acompanhamento dos pacientes ao longo do tempo deficiente

6.4. Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 4. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta Prevalência de Hipertensão Arterial Descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe II de Saúde da Família Ciselisio Rocha Thomaz, Monte Carmelo, Minas Gerais, 2020.

Nó crítico 1	Falta de aderência aos tratamentos indicados
6º passo: Operação (operações)	Grupos semanais de orientação aos pacientes e familiares sobre a importância do tratamento adequado e renovação de receitas de medicamentos anti-hipertensivos.
6º passo: Projeto	Tratar é viver
6º passo: Resultados esperados	-tomar os medicamentos adequados e nos horários corretos - apoio familiar para seguimento do tratamento adequado -não faltar medicamentos anti-hipertensivos distribuídos gratuitamente pela rede
6º passo: Produtos esperados	-redução índices de descompensação da doença -aderência ao tratamento de 100% dos hipertensos
6º passo: Recursos necessários	Organizacional: profissionais e espaço físico para a concretização dos grupos operativos Cognitivo: informação sobre o tema Financeiro: recursos para impressão de panfletos educativos Político: aumento de recursos para compra de medicamentos anti-hipertensivos
7º passo: viabilidade do plano - Recursos críticos	Político: compra de medicamentos anti-hipertensivos suficientes para cobrir toda população hipertensa Financeiro: recursos financeiros para compra de medicamentos e dos panfletos educativos
8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Equipe II ESF da unidade Ciselisio Rocha Thomaz e Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
9º passo: acompanhamento do plano - Responsável (eis) e prazos	Toda equipe II ESF da unidade Ciselisio Rocha Thomaz Início atividade em 1 mês
10º passo: gestão do plano - monitoramento e avaliação das ações	Monitorar pacientes hipertensos através do cadastro e atualização casos novos Busca ativa de pacientes que não comparecerem aos grupos operativos em 6 meses

Quadro 5. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta Prevalência de Hipertensão Arterial Descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe II de Saúde da Família Ciselisio Rocha Thomaz, Monte Carmelo, Minas Gerais, 2020.

Nó crítico 2	Hábitos de vida inadequados
6º passo: Operação (operações)	Encontros mensais com toda comunidade para promoção em saúde, com prática de atividade física e orientações para uma alimentação saudável e redução de alcoolismo e tabagismo
6º passo: Projeto	Promover saúde
6º passo: Resultados esperados	-prática diária de atividade física -redução no consumo de sal -aumento no consumo de alimentos saudáveis -reduzir ou cessar consumo de álcool e tabaco
6º passo: Produtos esperados	-Redução dos fatores de risco de desenvolvimento da HAS como obesidade, tabagismo, alcoolismo, -Melhora na qualidade de vida dos portadores de HAS -redução das complicações pela HAS
6º passo: Recursos necessários	Organizacional: equipe multiprofissional e espaço físico para realização dos encontros Cognitivo: informação sobre o tema Financeiro: impressão de folder e folhetos Político: mobilização social
7º passo: viabilidade do plano - Recursos críticos	Estrutural: necessidade de contratação de profissionais especializados como educador físico, nutricionista e psicólogo além da equipe ESF
8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Equipe II ESF da unidade Ciselisio Rocha Thomaz e Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
9º passo: acompanhamento do plano - Responsável (eis) e prazos	Toda equipe II ESF da unidade Ciselisio Rocha Thomaz Início das atividades em 3 meses
10º passo: gestão do plano - monitoramento e avaliação das ações	Avaliação anual pacientes para determinar risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares ou das complicações nos pacientes hipertensos.

Fonte: autoria própria (2020)

Quadro 6. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta Prevalência de Hipertensão Arterial Descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe II de Saúde da Família Ciselisio Rocha Thomaz, Monte Carmelo, Minas Gerais, 2020.

Nó crítico 3	Falta de conhecimento sobre a doença e suas consequências
6º passo: Operação (operações)	Educação em saúde a todos os pacientes hipertensos sobre o risco de vida de ter hipertensão e suas principais complicações
6º passo: Projeto	Conhecimento pela vida
6º passo: Resultados esperados	Aumentar a Adesão ao tratamento e mudança no estilo de vida
6º passo: Produtos esperados	Reduzir em 50% a incidência de descompensação e complicações por HAS
6º passo: Recursos necessários	Organizacional: profissionais capacitados Cognitivo: informação sobre o tema Financeiro: capacitação dos profissionais Político: fornecimentos de conteúdos educativos para toda equipe
7º passo: viabilidade do plano - Recursos críticos	Estrutural: profissionais capacitados
8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Médico, enfermeiro e secretaria de saúde Motivação: favorável
9º passo: acompanhamento do plano - Responsável (eis) e prazos	Toda equipe II ESF da unidade Ciselisio Rocha Thomaz Início em 2 meses
10º passo: gestão do plano - monitoramento e avaliação das ações	Avaliação da equipe em reuniões semanais e da população em toda consulta ou visita domiciliar, identificando e esclarecendo todas as dúvidas.

Fonte: autoria própria (2020)

Quadro 7. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alta Prevalência de Hipertensão Arterial Descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe II de Saúde da Família Ciselisio Rocha Thomaz, Monte Carmelo, Minas Gerais, 2020.

Nó crítico 4	Equipe de saúde insuficiente
6º passo: Operação (operações)	Contratação de uma nova equipe ESF completa
6º passo: Projeto	Sob pressão
6º passo: Resultados esperados	Cobertura total de toda área de abrangência Não sobrecarregar as equipes de ESF
6º passo: Produtos esperados	Prevenção em saúde e diagnóstico precoce em toda população Acompanhamento e relação ao longo do tempo com os pacientes fortalecendo o vínculo Equipe mais comprometida e motivada com o trabalho e os pacientes
6º passo: Recursos necessários	Organizacional: aumentar número de profissionais Financeiro: pagamento de salário de uma nova equipe Político: contratação de uma nova equipe
7º passo: viabilidade do plano - Recursos críticos	Político: contratar um equipe de ESF completa Financeiro: recursos financeiros para pagamento de uma equipe ESF completa
8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Secretaria de saúde e gestão Motivação: indiferente
9º passo: acompanhamento do plano - Responsável (eis) e prazos	Secretaria de saúde e Gestão Prazo indeterminado
10º passo: gestão do plano - monitoramento e avaliação das ações	Através do trabalho desenvolvido pela nova equipe cobrindo toda área de abrangência da unidade Ciselisio Rocha Thomaz

Fonte: autoria própria (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho, pode-se perceber que a HAS é uma doença crônica de grande prevalência na atualidade, tendo como principais fatores de risco os hábitos de vida inadequados, má alimentação, sedentarismo e não adesão ao tratamento. Possui complicações graves, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e a morte quando não tratada.

Assim foi necessária a elaboração de estratégias e ações que visem ao enfrentamento da doença, para prevenção, controle e minimização dos agravos e melhora da qualidade de vida do paciente hipertenso. A atenção básica é fundamental na assistência ao hipertenso, tornando-se relevante as ações dos profissionais da saúde, inovando através de técnicas de grupos operativos e abordagem individual ao usuário, com participação de equipe multidisciplinar.

Deseja-se que a partir da implantação do plano de intervenção consiga-se a manutenção dos níveis pressóricos dentro dos limites padronizados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, e também, melhorar a qualidade de vida dos hipertensos atendidos na unidade, bem como prevenir o desenvolvimento da doença e diminuir seus agravos.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Protocolo de Hipertensão Arterial/ Risco Cardiovascular**, p. 45-47, 2011. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_hipertensao.pdf. Acesso 24 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão (Pressão Alta):** o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>. Acesso em 05.04.2020.

CUCULICH, P. S.; KATES, A. M. **Cardiologia:** Manual de Consulta. Rio Grande do Sul: Thieme Revinter Publicações LTDA, 2018.

FARIA, H. P; CAMPOS, F. C. C; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde.** Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 06.05.2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo demográfico** 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/monte-carmelo/panorama>. Acessado em 05.04.2020.

MONTE CARMELO, MINAS GERAIS. Prefeitura Municipal. **Perfil de Monte Carmelo, Minas Gerais, Brasil.** 2017. Disponível em: <http://www.montecarmelo.mg.gov.br/perfil>. Acessado em 05.04.2020.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 10 - Hipertensão na Criança e no Adolescente. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 107, n. 3, supl. 3, p. 53-67, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800053&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 24 maio 2020

MONTE CARMELO. Prefeitura Municipal de Monte Carmelo. A cidade. **História.** 2017. Disponível em: www.montecarmelo.mg.gov.br

R

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE -OPAS., **Dia mundial da hipertensão 2016,** disponível em: https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183&lang=pt. Acesso: 24 maio 2020

RECK, L. L; SILVERIO, S.P; LEITÃO, C.B. Tratamento da hipertensão arterial no diabetes melito. Hospital das Clínicas, Porto Alegre RS, **Clinical e biomedical research**, v. 30, n. 4, 2010. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/17953>. Acesso em:10.05.2020.

SAVIOLI, R. M.; SAVIOLI, G. **Hipertensão Arterial:** Uma Visão Integrativa. São Paulo: Editora Canção Nova, 2019.

SÃO PAULO. SECRETARIA ESTADO DE SAUDE. **Manual de orientação clínica: Hipertensão Arterial Sistêmica.** p. 11-14. 2011. disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/hipertensao-arterial-sistemica/manual-de-orientacao-clinica-de-hipertensao-arterial/lc_hipertensao_manual_2011.pdf. Acessado em: 20/05/2020

SETE LAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária **Linha de cuidado ao portador de Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Sete Lagoas, Minas Gerais.** p. 27-42, 2018. Disponível em: https://www.setelagoas.mg.gov.br/abrir_arquivo.aspx/Linha_de_cuidado_ao_portador_de_Hipertensao_Arterial_Sistemica_no_municipio_de_Sete_Lagoas?cdLocal=2&arquivo=%7BE7C47D2E-82ED-DCD7-1B3D-CDBEA00C282E%7D.pdf. Acessado em: 20/05/2020

SIMÃO, A. F.*et al.* I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 101, n. 6, p. 1-63, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2013004500001&script=sci_arttext. Acesso em:08.05.2020.

SLHESSARENKO, A. **Coração em dia: Identifique seus fatores de risco cardíaco e tenha um estilo de vida saudável.** São Paulo: Estante de Saúde, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 95, n. 1, supl. 1, pg 1-2, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0066-782x2010001700001&script=sci_arttext. Acesso em:05.04.2020.