

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS FACULDADE DE MEDICINA.
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

PEDRO HENRIQUE ZUBA XAVIER

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O
ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ
CARLOS DE LIMA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS EM
MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2020

PEDRO HENRIQUE ZUBA XAVIER

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O
ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ
CARLOS DE LIMA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS EM
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Sonia Faria Mendes
Braga

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2020

PEDRO HENRIQUE ZUBA XAVIER

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O
ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ
CARLOS DE LIMA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS EM
MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professora Sonia Faria Mendes Braga

Banca examinadora

Profa. Sonia Faria Mendes Braga, UFMG

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 01 de abril de 2020.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, aos meus pais, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. Agradeço a minha professora orientadora, a equipe da Unidade de Saúde da Família José Carlos de Lima e os seus usuários, pela paciência, dedicação e partilha de saberes ao longo desse tempo

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição caracterizada por pressão arterial sistólica igual ou maior que 140 mm Hg, em várias medições, ou pressão diastólica acima ou igual à 90 mm Hg, persistentemente. Se não tratada adequadamente, pode gerar complicações no aparelho circulatório, entre outras comorbidades, cabendo à Atenção Primária seu rastreio e acompanhamento. Este trabalho tem como objetivo a elaboração de um plano de intervenção para a melhorar o acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão da Unidade Básica de Saúde José Carlos de Lima, localizada no município de Montes Claros em Minas Gerais. Após a realização de um diagnóstico situacional da área adscrita à Unidade, foram levantados os principais problemas da comunidade, verificando-se um elevado número de pacientes hipertensos com baixa adesão ao tratamento. Para a sustentação teórica do trabalho foi realizada uma revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde. Por fim foi elaborado um plano de ação fundamentado nos passos do Planejamento Estratégico Situacional para enfrentamento do problema. Assim, espera-se que essas ações, após implementadas, tenham impacto direto e indireto na redução da morbimortalidade da população, bem como uma melhora na assistência à saúde da comunidade e na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Doenças Cardiovasculares. Hipertensão.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a condition characterized by systolic blood pressure equal to or greater than 140 mm Hg, in several measurements, or diastolic pressure above or equal to 90 mm Hg, persistently. If not treated properly, it can cause complications in the circulatory system, among other comorbidities, and Primary Care is responsible for screening and monitoring. This work aims to develop an intervention plan to improve the monitoring of users with hypertension at the Basic Health Unit José Carlos de Lima, located in the municipality of Montes Claros in Minas Gerais. After conducting a situational diagnosis of the area assigned to the Unit, the main problems of the community were raised, with a high number of hypertensive patients with low adherence to treatment. For the theoretical support of the work, a literature review was carried out at the Biblioteca Virtual em Saúde. Finally, an action plan based on the steps of the Strategic Planning for Situation was elaborated. Thus, it is expected that these actions, after implemented, will have a direct and indirect impact in reducing the population's morbidity and mortality, as well as an improvement in community health care and in their quality of life.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Family health strategy. Hypertension. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UAPS	Unidade de Atendimento Primário à Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde José Carlos de Lima Unidade Básica de Saúde José Carlos de Lima, município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.	15
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alimentação inadequada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Carlos de Lima, do município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.	27
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “baixo entendimento dos usuários sobre a HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Carlos de Lima, do município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.	28
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “sedentarismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Carlos de Lima, do município de Montes Claros, estado de Minas Gerais	29
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “baixa capacitação da eSF”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Carlos de Lima, do município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 Aspectos da comunidade	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde José Carlos de Lima	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família José Carlos de Lima, da Unidade Básica de Saúde José Carlos de Lima	13
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe José Carlos de Lima	13
1.7 O dia a dia da equipe José Carlos de Lima	13
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	14
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	19
5.2 Atenção Primária à Saúde	21
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária a Saúde	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	26
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	26
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	27
6.4 Desenho das operações (7º a 10º passo)	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Montes Claros criado em 3 de julho de 1857 com uma área de 3.582 km², em que 38,70 km² pertence ao perímetro urbano e os demais 3.543,33 km² ao perímetro rural (MONTES CLAROS, 2017).

A população total do município, segundo o Censo 2010, foi de 361.915 habitantes com população estimada em 2019 de 409.341 habitantes e uma densidade demográfica de 101,41 hab/km² (IBGE, 2019).

Há uma difusão das faixas de idade, comprovando assim, a inversão da pirâmide etária com diminuição da população das faixas etárias menores, indicando a manutenção e concretização desta tendência. Tal condição tem relação com políticas de planejamento familiar e natalidade implantadas no século passado (MONTES CLAROS, 2015).

Montes Claros é uma cidade de médio porte, com economia ampla e um comércio em crescimento. Desde a colonização, a Região Norte Mineira vem sendo um polo de comercialização, permitindo-lhe garantir a produção da região, guiando a direção e crescimento da mesma. Considerada como centro do Norte de Minas, por influenciar as cidades que compõem a região, Montes Claros tem atraído diversos setores de serviços, entres eles o de lazer, educacional, de saúde e o comercial. Possui uma infraestrutura urbana dinâmica, contemplando um espaço de serviços modernos e de maior complexidade (MONTES CLAROS, 2017).

As atividades econômicas são a indústria, o comércio, a agricultura e a pecuária. Possui grandes indústrias podendo-se destacar a Nestlé, produtora de leite condensado, a Novonordisk fábrica de insulina e uma das maiores fábricas de cimento do Brasil, a Lafarge. A maioria das fábricas se concentram no polo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros (MONTES CLAROS, 2015).

O Plano Diretor de Regionalização do estado de Minas Gerais estabelece a região de saúde em que Montes Claros está inserida, territorialmente, como sede de

polo macro e microrregião, abarcando 13 microrregiões e 87 municípios. O Município pode oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade, influenciando as regiões e/ou microrregiões de saúde, sendo por isso conhecido como polo macrorregional. O município possui 135 equipes de saúde, além de manter o convênio com a Universidade Estadual de Montes Claros para a realização do Programa de residência de Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência de Enfermagem em Saúde da Mulher (MONTES CLAROS, 2006).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

O município de Montes Claros possui uma rede de saúde ampla dotada de 15 unidades básicas de saúde (UBS), distribuídas na zona urbana e mais oito UBS na área rural.). Além disso, no que tange a atenção secundária e terciária respectivamente, a cidade possui três policlínicas para atendimentos especializados e três hospitais com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (MONTES CLAROS, 2020).

A Secretaria Municipal de Saúde trabalha transformando as ações hospitalocêntricas em um modelo de saúde técnico assistencial, priorizando as ações de promoção e organização da saúde. Além disso, realiza o cumprimento da grade de referência, o município macrorregional desenvolve ações de nível secundário e terciário em um sistema de redes, como Rede Cegonha e Rede Mais Vida (MONTES CLAROS, 2015).

Para atender à população, conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi determinada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde priorizando o fortalecimento da gestão, a atenção primária, a vigilância em saúde, a o controle social e atenção a Média e Alta Complexidade (MONTES CLAROS, 2015).

A partir dessas diretrizes surgiu o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, guiado pelo planejamento participativo e estratégico, que em consonância com o Plano de Governo Municipal tem como objetivo promover espaços de convivência capazes de destacar a cultura da solidariedade e cooperação entre governo e sociedade local (MONTES CLAROS, 2017).

O Município de Montes Claros possui rede de saúde ampla, com profissionais capacitados e equipamentos modernos em hospitais nos setores públicos e privados. O município tem investido na atenção básica em saúde. Dessa forma, a atenção primária é a porta de entrada do sistema de saúde. Para o funcionamento da rede assistencial em saúde a atenção básica é necessário um sistema de referência para as médias e altas complexidades. Na configuração atual, a rede de assistência dos centros de saúde somado com cinco hospitais fazem parte do sistema de saúde, sendo ofertado atendimentos as médias e alta complexidades para os casos referenciados. A regulação é feita por meio de um software chamada Sistema Nacional de Regulação (SISREG) que através do cartão SUS do usuário, permite o agendamento com os especialistas, demandada para cada caso ou exame de média complexidade, sendo necessário a disponibilidade de vagas no sistema (MONTES CLAROS, 2017).

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade de José Carlos de Lima, com cerca de 2.250 habitantes, está localizada na zona sul da região urbana de Montes Claros. Sua população é diversificada no que tange aspectos como etnia, sexo e idade, prevalecendo, porém, adultos entre vinte e quarenta anos. Além disso, possui graus variados de escolaridade entre os indivíduos, com prevalência do ensino médio completo. A respeito da renda média familiar, segundo apurações da eSF da UBS José Carlos de Lima, a maioria dos indivíduos da comunidade possui ganhos médios de um a 3 salários.

Ademais, a comunidade José Carlos de Lima conta com um comércio desenvolvido em seu território principalmente ao redor da avenida central que corta o bairro. Possui ainda uma praça cívica, de estado precário, e um uma igreja com salão paroquial que é utilizado para a realização de eventos da comunidade.

A comunidade recebe assistência de vários atores sociais como a igreja e o poder público, por meio de ações realizadas pela UBS José Carlos de Lima.

1.4 A Unidade Básica de Saúde José Carlos de Lima

A unidade de Atenção Primária à Saúde José Carlos de Lima conta com uma população adscrita com aproximadamente 2.250 pessoas. A UBS possui consultórios clínicos e um consultório odontológico. Além disso, a unidade possui uma sala para esterilização e expurgo de materiais, um depósito além de dois banheiros.

1.5 A Equipe de Saúde da Família José Carlos de Lima, da Unidade Básica de Saúde José Carlos de Lima

A equipe de saúde da família (eSF) da Unidade José Carlos de Lima é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma cirurgiã-dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma psicóloga além de seis agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, através do suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a equipe consegue encaminhar pacientes para os profissionais da fisioterapia e nutrição presentes na rede municipal.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe José Carlos de Lima

A Unidade de Saúde funciona das 7:30 horas às 11:30 com pausa para almoço e retorna das 13:30 às 17:30 horas e, conseqüentemente, é imprescindível o apoio dos agentes comunitários que, por escala, se revezam durante a semana em atividades relacionadas à assistência como recepção e arquivo. Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro da equipe e o coordenador de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACS, visto que não há contratação para essas funções. Além do atendimento realizado na Unidade tem sido feito escala de plantões noturnos em outras unidades, realizado pela equipe médica e de enfermagem.

1.7 O dia a dia da equipe José Carlos de Lima

O trabalho da equipe José Carlos de Lima funciona de acordo com a carteira de trabalho orientada pelo município. A unidade funciona de 07:00 as 11:30 e de 13:30 as 17:30, possui apenas uma equipe com 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 odontólogo, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 técnico de saúde bucal e 7

agentes de saúde. Cada um dos profissionais tem sua agenda padrão semanal, porém todos os dias ao iniciar os trabalhos é realizada uma reunião com equipe onde são discutidos os problemas e as maneiras de solucioná-los. Um detalhe peculiar na nossa unidade é que não possuímos funcionários para recepção, sendo essa função realizada em rodízio pelos agentes de saúde.

De forma geral, nossas atividades iniciam com a reunião da equipe, logo após é feita a triagem dos pacientes para consulta de urgência, seguida dos atendimentos agendados: de enfermagem, odontológicos e médicos.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Dados coletados no ano de 2019 pela equipe de saúde demonstraram uma série de problemas que a comunidade José Carlos de Lima enfrenta, da mesma forma que a equipe de saúde responsável pela mesma. São questões relacionadas tanto à estrutura da unidade e seu entorno, como também à escassez de recursos, a saber:

- Não há farmácia em todas as unidades, sendo necessário o usuário se deslocar até unidade que possua;
- Ruas sem pavimentação com animais domésticos soltos;
- Cota de exames laboratoriais 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.
- Demora para consulta no serviço especializado;
- Demanda reprimida grande para realização de exame laboratoriais;
- Os serviços especializados não fornecem contra-referência;
- Após a realização da colpocitologia oncótica, o material é enviado ao laboratório, existindo uma demora de até anos para a conclusão da análise;
- Espaço físico da unidade inadequado e menor que o necessário;
- Falta de matérias como bancos, impressora, armários;
- Abuso de benzodiazepínicos, antidepressivos e outros psicotrópicos.

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

Após o estabelecimento dos problemas a serem priorizados pela equipe de saúde, foi realizada a classificação dos mesmos, considerando: o grau de importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento do problema em questão (Quadro 1):

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde José Carlos de Lima, Unidade Básica de Saúde José Carlos de Lima, município de Montes Claros, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Descontrole pressórico	Alta	5	Total	1
Descontrole glicêmico	Alta	4	Total	2
Cota de exames	Alta	4	Total	3
Demora para o serviço especializado	Alta	4	Fora	
Farmácia na unidade	Baixa	3	Fora	
Espaço físico da unidade inadequado	Média	3	Fora	

Fonte: Próprio autor (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

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição frequentemente assintomática e que a priori não gera empecilhos para as atividades rotineiras dos portadores. Contudo, essa doença crônica pode acarretar no desenvolvimento de demais condições, como doenças cardiovasculares, insuficiência renal e acidentes vasculares encefálicos, que podem afetar a vida dos pacientes de modo a incapacitá-los ou até levar ao óbito. Além disso, a Hipertensão Arterial tem-se mostrado uma condição cada vez mais presente no Brasil, acometendo cerca de 36 milhões de pessoas e possuindo relação com mais de 50% dos óbitos por causas ligadas ao aparelho circulatório, que são a maior causa de mortes no país atualmente. (MALACHIAS, 2016).

Ademais, embora seja uma condição permanente, a HAS tem-se mostrado controlável e até prevenida através de medidas que envolvem desde a mudança de hábitos de vida, como dieta balanceada, prática de atividades físicas regulares e cessação de vícios como tabagismo e etilismo até o uso de fármacos. Tais medidas, por sua vez, devem fazer parte das ações que as Unidades de Atenção Primária à Saúde devem oferecer. No entanto, foi conferido que na UBS José Carlos de Lima, há uma baixa adesão aos tratamentos, sejam eles farmacológicos ou não.

Neste contexto, levando em consideração a alta prevalência da HAS entre os usuários da Unidade José Carlos de Lima, faz-se necessário a realização de um diagnóstico situacional do território adstrito à eSF, verificando os possíveis reveses que impedem o controle da hipertensão arterial dos usuários da unidade, para posteriormente realizar um planejamento de ações com o objetivo de aperfeiçoar o acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para melhoria do acompanhamento regular de portadores de hipertensão arterial sistêmica na ESF José Carlos de Lima, de Montes Claros, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

1. Propor a realização de campanhas de informação e promoção de hábitos saudáveis de vida para os usuários da UBS José Carlos de Lima e também em seu entorno;
2. Propor a realização de grupos operativos com os usuários na UBS sobre os riscos do descontrole pressórico e suas consequências na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos;
3. Oferecer palestras informativas e capacitantes sobre o tema de HAS e suas comorbidades a a equipe de saúde e os demais que convivem com os usuários hipertensos, afim de incentivar a adesão aos tratamentos.

4 METODOLOGIA

Esse projeto de intervenção utilizou o método do Planejamento Estratégico em Saúde. A partir de então, iniciou-se o diagnóstico situacional em saúde da ESF José Carlos de Lima através da metodologia de estimativa rápida. (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Foi feita a definição dos problemas, priorizando o problema de descontrole pressórico dos hipertensos cadastrados na unidade e sua dificuldade do tratamento. Foi feita a descrição do problema, caracterizando a HAS, buscando também fatores de risco e formas de trabalho da unidade de saúde que abordavam a problemática.

Para o desenvolvimento do trabalho foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados. Ademais, para auxiliar no plano de intervenção realizou-se uma revisão de literatura nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Scientific Electronic Library Online (SciELO), bem como nos manuais do Ministério da Saúde.

Por fim, construiu-se uma proposta de intervenção descrevendo o plano operativo e as ações que serão realizadas em conjunto com os possíveis resultados esperados com o desenvolvimento do plano.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira, é uma doença crônica não transmissível (DCNT) que se apresenta através de um aumento sustentado dos níveis de pressão arterial sistólica maior ou igual à 140mmHg e/ou dos níveis de pressão arterial diastólica maior ou igual à 90mmHg. Trata-se de uma condição vinculada à outras de morbimortalidade como acidentes vasculares encefálicos (AVC), infartos agudos do miocárdio (IC) e doença renal crônica (DRC). Ademais, *“frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM)”* (MALACHIAS et al., 2016, p. 1).

No que tange aos fatores de risco à hipertensão arterial sistêmica, estão relacionados eventos como o envelhecimento, cuja prevalência da doença aumenta proporcionalmente com a idade, pessoas de cor preta e do sexo feminino, das quais os índices de prevalência da HAS de acordo com a Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) realizada em 2013 foi de 24,2% da população brasileira (IBGE, 2014). Ademais, o excesso de peso, a ingestão excessiva de sal, álcool e também a inatividade física demonstraram ter relações com o aparecimento da hipertensão arterial. Por fim, os fatores socioeconômicos também se mostraram influente na prevalência da doença, uma vez que segundo estudos, a HAS autorreferida é maior entre os adultos com baixo nível de escolaridade (MALACHIAS et al., 2016).

No que diz respeito às origens da hipertensão arterial, é possível categorizá-las em três subtipos hemodinâmicos diferentes. A primeira delas é a hipertensão arterial sistólica em adultos jovens, cuja causa é secundária à hiperatividade simpática que, consequentemente, gera um aumento do débito cardíaco e também rigidez na aorta. Sua incidência é registrada principalmente em pessoas com idades entre 17 e 25 anos. Já o segundo subtipo, que acomete adultos com idades entre 30 e 50 anos, é a hipertensão arterial diastólica de meia idade. Sua causa está relacionada como aumento da resistência vascular, que acarreta em uma hiperativação simpática ativando mecanismos neuro-hormonais e, consequentemente, gerando uma expansão do volume plasmático. Este tipo é mais

comumente encontrado em homens e está associado ao excesso de peso. Por fim, o terceiro subtipo hemodinâmico de hipertensão arterial é o sistólico isolado em idosos. Este ocorre principalmente em pessoas com mais de 55 anos e tem como característica o envelhecimento e o consequente acúmulo de colágeno pouco distensível que culmina no enrijecimento da aorta (GOUVEIA, FEITOSA; FEITOSA, 2018).

Com relação à prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Brasil, de acordo com um estudo realizado por Scala LC et al (2015), a doença está presente em aproximadamente 36 milhões de pessoas adultas e além de atingir mais de 60% da população idosa do país. Ademais, a HAS está colabora com cerca de 50% das mortes por doenças do aparelho circulatório no território nacional, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são a maior causa de óbitos no país (MAGALHÃES; AMORIM; REZENDE, 2018).

No que se refere à avaliação de um paciente com HAS, algumas medidas devem ser utilizadas pelos profissionais de saúde. *“A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causas secundárias além da avaliação de risco.”* (MALACHIAS et al., 2016, p. 7).

É válido ressaltar que, inicialmente, a pressão arterial (PA) pode ser avaliada por qualquer médico ou profissional da saúde capacitado. Para pacientes adultos, cujas medidas pressóricas são menores ou iguais à 120/80 mmHg, recomenda-se que sejam realizadas aferições no mínimo a cada dois anos. Já aqueles cuja pressão excede 120/80mmHg e não ultrapassa 140/90mmHg, a avaliação deve ser feita anualmente. Com relação às crianças, é recomendável que sejam realizadas avaliações da PA anualmente a partir dos três anos idade, levando em consideração fatores como idade, sexo e altura. Já para a avaliação em idosos, deve-se levar e consideração algumas características próprias da senilidade, como maior frequência de hiato auscultatório, hipotensão ortostática e arritmias. Por fim, em pacientes obesos, a recomendação é que sejam utilizados manguitos mais longos e largos com o objetivo de evitar a superestimação da PA. No caso das gestantes, a avaliação é feita da mesma maneira que nos demais adultos (MALACHIAS et al., 2016).

Com relação ao diagnóstico da HAS, ainda segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, devem ser realizadas duas ou mais medições para a

conclusão. São considerados normotensos aqueles pacientes cujos valores da P.A. são menores ou igual à 120/80mmHg enquanto os pré-hipertensos são aqueles em que a PA está entre 121/81mmHg e 139/89mmHg. Após esses valores, o indivíduo é considerado hipertenso de estágio 1, desde que a PA não ultrapasse 159/99mmHg. Entre 160/100mmHg e 179/109mmHg, o diagnóstico é de hipertensão estágio 2 e valores acima de 180/100mmHg, são característicos de hipertensão estágio 3 (MALACHIAS et al., 2016).

No que tange o tratamento, *“a abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais.”* (MALACHIAS et al., 2016, p. 25).

Mudanças de hábitos alimentares e a realização de atividades físicas regularmente têm-se mostrado eficazes na redução da PA e são recomendadas para todos os indivíduos que tiverem o diagnóstico de hipertensão. Já a intervenção medicamentosa deve levar em conta fatores como comorbidades associadas e doenças preexistentes do aparelho circulatório (MALACHIAS et al., 2016).

5.2 A Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), proposta na conferência internacional sobre cuidados primários de saúde em Alma-Ata, caracteriza-se por um conjunto de ações de cuidados em saúde através de tecnologias acessíveis e mais próximas do cotidiano das comunidades. Trata-se, portanto, da porta de entrada dos indivíduos para o sistema de saúde, e consequentemente, a base para a organização do mesmo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

No Brasil, a APS, nos moldes atuais, foi estabelecida em 1991 com a criação do programa de Estratégia de Saúde da Família consoante à criação do programa de agentes comunitários em saúde (ACS). Em continuação, em 1994, foram formadas as primeiras equipes do programa saúde da família (PSF), que no final de 2019 possui uma cobertura de 74,53% do território nacional. (BRASIL, 2019)

De acordo com o Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB), compete à atenção primária em saúde realizar ações de promoção e prevenção em saúde, diagnósticos, tratamentos, reabilitação e/ou cuidados paliativos além de vigilância em saúde, todos no âmbito coletivo e no individual. Essas atividades devem ser

elaboradas por meio de um cuidado integral realizados por equipes de saúde multiprofissionais que devem atuar em territórios previamente delimitados (BRASIL, 2017).

Ademais, também é de responsabilidade da Atenção Primária Em Saúde *“desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais [...]”* (BRASIL, 2017). Dessa forma, todos os pontos da APS tornam-se atuantes não somente na prestação de assistências em saúde como também no planejamento e monitoramentos das ações realizadas pela rede (BRASIL, 2017).

No que tange o funcionamento da atenção básica, são utilizados os princípios e as diretrizes estabelecidas à priori pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. Os princípios estabelecidos que regem a atenção básica, e também todo o sistema único de saúde (SUS), são a universalidade, a equidade e a integralidade. Já com relação às diretrizes, a atenção básica trabalha através da regionalização e a hierarquização, territorialização e a adstrição, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade além da participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Com relação à organização, as unidades básicas de saúde (UBS) devem possuir uma infraestrutura que seja adequada para a demanda da população adstrita além de fornecer um ambiente propício para a atuação das equipes de saúde. Já no que se diz respeito ao funcionamento, é recomendável uma carga horária mínima de 40 horas semanais, por pelo menos cinco dias, durante os 12 meses do ano. As ações podem ser realizadas por equipes de saúde do tipo equipes de saúde da família (eSF) ou equipes de atenção básica (eAB), ambas contando com o apoio do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) para a integralização das ações (BRASIL, 2017).

Atualmente, preconiza-se a utilização do modelo de eSF para a reorganização da atenção básica através da criação de um vínculo entre as equipes de saúde com suas respectivas comunidades de atuação. Dessa forma, se obtém uma quantidade maior de informações sobre o paciente, quais suas necessidades, que fatores de risco o envolve além de garantir uma maior adesão as intervenções e tratamentos propostos pela equipe. É esperado que este modelo seja resolutivo em

aproximadamente 80% das demandas que as unidades básicas de saúde recebem, gerando conseqüentemente uma redução no volume de pacientes nos demais níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 2017).

5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária a Saúde

A atenção básica, com o objetivo de assistir de forma resolutiva os pacientes, adota uma linha de cuidado para realizar ações voltadas à HAS. Este modelo de organização permite sistematizar como se dá o cuidado das pessoas com a doença, quais ações deverão ser realizadas pelos diferentes pontos de atenção no município, quais são as necessidades que a UBS possui para atender à demanda além de definir metas e indicadores para avaliar a qualidade dos serviços. Sua importância na prevenção e diagnóstico precoce da doença está ligada ao fato de que esta condição possui alta morbimortalidade e pode ser tratada prevenida com tecnologias e instrumentos presentes na APS (BRASIL, 2013).

De acordo com o Caderno de Atenção Primária nº 37, no que diz respeito ao rastreamento da HAS, todos indivíduos com idade igual ou superior à 18 anos necessitam realizar uma avaliação dos níveis pressóricos ao adentrarem uma unidade básica de saúde. Estas medidas devem ser registradas e de acordo com os valores mensurados, diferentes condutas serão tomadas. Caso os valores da PA não ultrapassem 120/80 mmHg, o indivíduo poderá realizar a aferição da PA a cada dois anos enquanto aquelas que os níveis pressóricos se mantiveram entre 120 – 139/80 – 89 mmHg, a avaliação deve ocorrer anualmente. Já os pacientes que a PA for igual ou acima de 140/90 mmHg, devem realizar a aferição novamente duas vezes durante um período de 14 dias (BRASIL, 2013).

Após a realização do diagnóstico de HAS, feito através da média aritmética da PA superior ou equivalente a 140/90mmHg, em pelo menos três dias distintos separados por no mínimo uma semana, os pacientes serão destinados a uma consulta médica para iniciar as medidas terapêuticas. Para as pessoas cujo valor da PA encontra-se entre 130/85 e 139/89mmHg, são agendadas consultas com o(a) profissional de enfermagem, para realizar ações de prevenção, bem como a avaliação e classificação dos riscos cardiovasculares (BRASIL, 2013).

No que tange as ações preventivas, estas podem ser voltadas a população como um todo e também aos grupos de risco. Entre as medidas de prevenção da

hipertensão arterial, estão a mudança nos hábitos alimentares, controle do peso e circunferência abdominal, realização de atividades físicas e cessação de vícios como o tabagismo e o etilismo. É válido ressaltar que a adoção dessas medidas deve ser acompanhada pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2013).

Em relação à consulta médica, o profissional da UBS deve realizar, na primeira avaliação, o exame físico completo, coletar informações sobre a história clínica individual e familiar do paciente além de pedir uma avaliação laboratorial. Ademais, o médico também necessita, na primeira consulta, verificar o risco cardiovascular e a possibilidade de a HAS ser secundária à outra doença. É válido ressaltar que, enquanto aguarda a realização da consulta, com prazo máximo de 30 dias, “[...] a pessoa deverá medir a PA na sala de “enfermagem/triagem/ acolhimento” e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário do paciente ou no local indicado [...]” (BRASIL, 2013, p. 72).

Em consultas de pacientes com crises hipertensivas, por sua vez, deve-se avaliar se é uma emergência ou urgência. No caso de uma emergência, o paciente deve imediatamente ser tratado com um agente de redução pressórica por via parenteral além do encaminhamento para serviços de urgência afim de evitar possíveis danos a órgãos-alvo. Já nos casos de urgências hipertensivas, os pacientes devem ser tratados com medicamento por via oral, visando reduzir a PA em até 24 horas (BRASIL, 2013).

Passados 30 dias após a instrução do paciente sobre as medidas terapêuticas a serem realizadas, o mesmo deve retornar à UBS para uma consulta no objetivo de verificar se atingiu as metas pressóricas determinadas. Esta avaliação deve ser realizada regularmente, de forma que a equipe multiprofissional monitore o tratamento, alterando-o caso o paciente não alcance os objetivos determinados, bem como averiguar quais são as possíveis causas da não adesão ou alcance das metas. É necessário ressaltar que as equipes de saúde devem utilizar o suporte de outros profissionais como educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais, equipes de saúde bucal, nutricionistas e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) durante o acompanhamento dos pacientes com HAS (BRASIL, 2013).

Por fim, entre os indicadores para a linha de cuidado de pessoas com HAS, estão a prevalência de HAS no município, proporção de usuários com HAS em acompanhamento ambulatorial, número médio de consultas para usuários com HAS, taxas de internações por crise hipertensiva, acidente vascular cerebral e infarto agu-

do do miocárdio na população adulta bem como o as taxas de mortalidade pelas mesmas causas em adultos (BRASIL, 2013).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “acompanhamento de pacientes com HAS”, 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).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), popularmente conhecida como “pressão alta” é uma doença crônica não transmissível, de origem multifatorial, caracterizada por níveis sustentados e elevados de pressão arterial. É uma doença com grande impacto na saúde pública uma vez que atinge aproximadamente 36 milhões de brasileiros e é o principal fator de risco para as doenças no aparelho circulatório.

A intervenção no controle dos níveis pressóricos, foi proposta por um problema comum entre os usuários idosos e adultos da UBS José Carlos de Lima, que em sua maioria são portadores de HAS. Ademais, apesar do diagnóstico, muitos pacientes não aderem ao tratamento e controle dos níveis de pressão corroborando assim para o aumento no risco de morbimortalidade.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A hipertensão arterial possui diversas causas, que podem ser ligadas a fatores como idade, sexo, etnia e também aos hábitos de vida como má dieta alimentar, tabagismo e o sedentarismo. Trata-se de uma doença silenciosa, a

princípio, exigindo que a equipe de saúde realize o rastreio constante na população. O diagnóstico é realizado por meio da medição dos níveis pressóricos em mais de duas ocasiões e o tratamento pode incluir tanto o uso de fármacos como também a mudança dos hábitos de vida (MALACHIAS et al, 2016).

Apesar da modernização e avanço científico no tratamento da hipertensão arterial, ainda existe uma grande dificuldade em relação à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos. A má adesão ao tratamento, seja ele 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 (BRASIL, 2016).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os principais nós críticos encontrados no manejo de pacientes com HAS, pela equipe de saúde da família José Carlos de Lima, incluem:

- Alimentação inadequada;
- Baixa capacidade de entendimento dos usuários;
- Sedentarismo;
- Baixa capacitação da eSF.

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 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “hipertensão arterial descontrolada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Carlos de Lima, do município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Alimentação inadequada.
6º passo: operação (operações)	Promover uma melhora na dieta alimentar da comunidade.
6º passo: projeto	Promoção de uma dieta adequada para hipertensos.
6º passo: resultados esperados	Aumento de consumo de vegetais, frutas e carnes magras e diminuição do consumo de carboidratos e gorduras.
6º passo: produtos esperados	Intervenções nos hábitos alimentares com apoio da equipe de nutrição; Promoção de dietas e estilos de vida saudáveis por meio de campanhas educativas.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Metodologia pedagógica para instrução correta do usuário sobre a importância de uma dieta saudável; Financeiro: Recursos para a produção de folhetos educativos e cartazes; Político: Apoio da equipe de nutrição para consultas.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Expandir o número de vagas disponíveis para a consulta com a nutricionista; Financeiro: Aquisição de materiais informativos, folders e cartilhas, campanhas educativas.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	O controle dos recursos e das ações será feito pela equipe de nutrição que terá como ação estratégica instruir e estimar a comunidade à uma alimentação saudável.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe de Saúde. 3 meses para a implantação.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Acompanhamento dos níveis pressóricos, de glicose, colesterol além da elaboração de uma pesquisa com os usuários participantes.

Fonte: Próprio autor (2019).

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “hipertensão arterial descontrolada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Carlos de Lima, do município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixo entendimento dos usuários sobre a HAS.
6º passo: operação (operações)	Aproximação da linguagem do profissional ao usuário.
6º passo: projeto	Aperfeiçoamento da linguagem dos profissionais de saúde.
6º passo: resultados esperados	Melhora no entendimento sobre hipertensão arterial, suas consequências e do tratamento.
6º passo: produtos esperados	Melhora na compreensão dos usuários.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Capacitação dos profissionais em saúde sobre como instruir os pacientes sobre o tratamento da HAS.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: recursos para contratar um profissional para instruir a equipe de saúde.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	O controle dos recursos críticos se dará pela Equipe de saúde que possui motivação favorável para instruir a comunidade de maneira didática sobre a HAS, suas consequências e como trata-la.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Implantação imediata e acompanhada pela Equipe de Saúde da UBS José Carlos de Lima.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Aplicação de um questionário com os usuários participantes da ação e a elaboração de uma pesquisa comparativa com aqueles que não participaram.

Fonte: Próprio autor (2019).

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “hipertensão arterial descontrolada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Carlos de Lima, do município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Sedentarismo.
6º passo: operação (operações)	Diminuição do sedentarismo.
6º passo: projeto	Redução do sedentarismo.
6º passo: resultados esperados	Aumento ou início da prática de atividades físicas.
6º passo: produtos esperados	Grupos de caminhada, alongamento, dança, entre outros.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: organização de grupos para realização de atividades físicas; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais para divulgação dos grupos; Político: conseguir espaço para realização dos grupos;
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Educador físico; Financeiro: verba para o profissional que executará as ações além de recursos para financiar o espaço físico.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	O controle dos recursos e das ações será feito pela equipe e pela secretaria de saúde que possui motivação favorável. As ações estratégicas serão de criar e estimular a participação da comunidade em grupos de exercícios físicos.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	3 meses para o início das atividades. Acompanhamento responsável pela Equipe de Saúde da UBS José Carlos de Lima e usuários.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação antropométrica dos indivíduos no programa, controle dos níveis pressóricos e uso da escala de dispneia modificada – medical research council.

Fonte: Próprio autor (2019).

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “hipertensão arterial descontrolada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Carlos de Lima, do município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Baixa capacitação da eSF.
6º passo: operação (operações)	Realizar a capacitação da eSF para o manejo de pacientes com HAS.
6º passo: projeto	Capacitação da eSF para o manejo de pacientes com HAS.
6º passo: resultados esperados	Melhor abordagem e acompanhamento dos pacientes com HAS por parte dos profissionais da equipe de saúde José Carlos de Lima.
6º passo: produtos esperados	Profissionais da eSF capacitados para rastrear, diagnosticar, acompanhar e tratar pacientes com HAS.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: preparação de local adequado para educação continuada com profissionais da saúde; Financeiro: Recursos para o custeio de atualizações aos profissionais; Político: articulação com as secretarias de saúde.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: financiamento para realizar as atualizações dos profissionais;
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria de Saúde.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Secretaria de Saúde do município e equipe de saúde da família. Prazo para iniciar de 4 meses.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Questionários de feedback dos profissionais em capacitação além avaliações por parte do corpo especializado.

Fonte: Próprio autor (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das informações coletadas no diagnóstico situacional da comunidade José Carlos de Lima, sob responsabilidade da eSF José Carlos de Lima, bem como do estudo bibliográfico realizado, pode-se concluir que a implantação de ações para aperfeiçoar o acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica no território adstrito à unidade básica de saúde, deve ser levada em consideração pelo poder público local, posto que tais ações, após implementadas, terão impacto direto e indireto na redução da morbimortalidade da população.

Ademais, é esperado também que, além de contribuir com a comunidade, a implantação das ações de intervenção contribua com o aperfeiçoamento da equipe de saúde, na medida em que se exigirá uma aproximação e cooperação de todos os envolvidos. Além disso, o planejamento estratégico pode servir de incentivo para que novas propostas de intervenção, relacionadas a outras demandas da população local, sejam executadas de forma a criar uma rede de assistência à saúde.

Por fim, no que diz respeito aos resultados, é esperado pela eSF José Carlos de Lima uma melhora na assistência à comunidade bem como em sua qualidade de vida. Acredita-se também que poderá ocorrer um fortalecimento no vínculo entre a população e a ESF, consoante a um incentivo para uma relação duradoura entre saúde e educação.

Além disso, a aproximação da equipe de saúde com a comunidade por meio da proposta de intervenção desse trabalho em relação a HAS, certamente, irá contribuir para reduzir a demanda de atendimentos na unidade, devido ao descontrole pressórico e suas implicações na saúde dos usuários, e mais ainda, a necessidade do encaminhamento de pacientes aos outros níveis de atenção do sistema. Com isso, fica contemplada a resolutividade, um dos atributos da atenção básica como porta de entrada no sistema, bem como a integralidade da atenção, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos. Departamento De Ciência E Tecnologia. (Ed.). **Síntese de evidências para políticas de saúde: Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília: Ms, 2016. 54 p. Disponível em: http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/09/SinteseMedicamentos_set. Acesso em: 26 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica (org.). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, nº 37: Brasília: Ms, 2013. 130 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 22 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **e-Gestor AB: informação e gestão da atenção básica**, 2019. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=YXw76KDO0rh7j07opB1mOdhA>>. Acesso em: 29 jan 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação** [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/planejamento_avaliacao_programacao_versao_Final.pdf. Acesso em: 27 jan. 2020.

GOUVEIA, MILENA MOTTA DE ALMEIDA; FEITOSA, CAMILA LIMA DANTAS DE MAGALHÃES; FEITOSA, AUDES DIÓGENES DE MAGALHÃES. **Gênese e Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial**. Revista Brasileira de Hipertensão, [s. L.], v. 25, n. 1, p.1-34, jan. 2018. Trimestral. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

MAGALHÃES, LUCÉLIA BATISTA NEVES CUNHA; AMORIM, ANDREA MONTEIRO DE; REZENDE, EDNA PEREIRA. **Conceito e Aspectos Epidemiológicos da Hipertensão Arterial**. Revista Brasileira de Hipertensão, [s. L.], v. 25, n. 1, p.6-12, jan. 2018. Trimestral. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2020

MALACHIAS, MARCUS VINÍCIUS BOLÍVAR et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. **Aspectos gerais da cidade: saúde**. 2020. Disponível em: <<http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectosgerais/saude.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - atenção básica**. Montes Claros, 2006.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Montes Claros, 2017

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Montes Claros, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata, Cazaquistão.1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.