

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

Thiago Cardoso

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE JOSÉ GOMES LISBOA, MUNICÍPIO DE BERILO, MINAS GERAIS:
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Belo Horizonte
2020**

Thiago Cardoso

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE JOSÉ GOMES LISBOA, MUNICÍPIO DE BERILO, MINAS GERAIS:
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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: Leandro Araújo Fernandes

**Belo Horizonte
2020**

Thiago Cardoso

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE JOSÉ GOMES LISBOA, MUNICÍPIO DE BERILO, MINAS GERAIS:
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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: Professor Leandro Araújo Fernandes

Banca examinadora

Professor Leandro Araújo Fernandes. Doutor em Odontologia, Unesp-Araçatuba

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

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2020.

“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, aos meus pais, irmãos, minha esposa, minha filha e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.”

Ao professor e coordenador do curso,
pelo convívio, pelo apoio, pela
compreensão e pela amizade.

“A persistência é o caminho do êxito”. Charles Chaplin

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença de alta prevalência, na atualidade, assim no município de Berilo, Minas Gerais é considerada um grave problema de saúde pública. A Hipertensão Arterial Sistêmica tem baixas taxas de controle e um dos principais fatores de risco modificáveis para as Doenças Cardiovasculares. A detecção, o tratamento e o controle adequado são fundamentais para redução de eventos cardiovasculares. Foi desenvolvido um projeto de intervenção com diagnóstico situacional, na Unidade Básica de Saúde Jose Gomes Lisboa município de Berilo, Minas Gerais. Utilizou-se o método de planejamento estratégico situacional, e para a fundamentação teórica elaborou-se uma revisão de literatura buscando dados eletrônicos como da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS). Espera-se que com a implantação das ações de saúde os grupos de hipertensos possam despertar para uma mudança do estilo de vida associado ou não a medicamentos, mantendo o peso adequado, mudanças de hábitos alimentares praticam atividades físicas regulares. Conclui-se que com essas medidas os pacientes hipertensos possibilitem uma garantia de qualidade de vida, com o objetivo de diminuir a mortalidade das mesmas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária de Saúde. Hipertensão.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is currently a highly prevalent disease, so in the municipality of Berilo, Minas Gerais, it is considered a serious public health problem. Systemic Arterial Hypertension has low control rates and one of the main modifiable risk factors for cardiovascular diseases. Detection, treatment and adequate control are essential for reducing cardiovascular events. An intervention project with situational diagnosis was developed at the Jose Gomes Lisbon Basic Health Unit municipality of Berilo, Minas Gerais. The method of situational strategic planning was used, and for the theoretical basis a literature review was elaborated seeking electronic data such as the Virtual Health Library (VHL) in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Information in Health Sciences (LILACS). It is expected that with the implementation of health actions the groups of hypertensive patients can awaken to a change in lifestyle associated or not with medications, maintaining the appropriate weight, changes in eating habits practice regular physical activities. It is concluded that with these measures hypertensive patients allow a guarantee of quality of life, with the objective of reducing their mortality

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Arterial Hypertension.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - Receitas e despesas orçamentárias de acordo SIOPS, 2016.....	17
QUADRO 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde José Gomes Lisboa, município de Berilo, estado de Minas Gerais. 2019	23
QUADRO 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema Pouco conhecimento da doença, da sua prevenção, das complicações , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Gomes Lisboa , Berilo - MG.....	35
QUADRO 4 - operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema Hábitos alimentícios, e estilo de vida inadequado , na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde José Gomes Lisboa , Berilo - MG.	36
QUADRO 5 - operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema Má adesão ao tratamento medicamentoso , na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde José Gomes Lisboa , Berilo - MG.	37

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
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalares
NOA	Norma Operacional Básica
SIOPS	Sistema de informações Orçamentarias Públicas de Saúde
SAMU	Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência
CTI	Centro de Terapia Intensiva
NASF	Núcleo de Apoio em Saúde da Família
CAPS	Centro de Atenção as Psicossocial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
SIAB	Sistema de informações da Atenção Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
CONASS	Conselho Nacional de secretarias de Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

Sumário

1 . INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município.....	13
1.2 Sistema Municipal de Saúde	13
Quadro 1. Receitas e despesas orçamentárias de acordo SIOPS, 2016.	Erro! Indicador não definido.
1.3 Aspectos da comunidade	19
1.4 A Unidade Básica de Saúde José Gomes Lisboa	20
1.5 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde José Gomes Lisboa 20	
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe José Gomes Lisboa	21
1.7 O dia a dia da equipe da unidade básica de saúde José Gomes Lisboa	21
1.8 Estimativa rápida: Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo):	22
1.9 Priorizações dos problemas: A seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	23
Quadro 2. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde José Gomes Lisboa, município de Berilo, estado de Minas Gerais. 2019.....	Erro! Indicador não definido.
2 JUSTIFICATIVA	25
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo geral	26
3.2 Objetivos específicos	26
4 - METODOLOGIA	27
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	29
5.1 Estratégia Saúde da Família	29

5.2 Atenção Primária à Saúde.....	29
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	30
5.4 Hipertensão Arterial Sistêmica: fatores de riscos, tipos e tratamento.	30
6 - PLANO DE INTERVENÇÃO.....	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	32
6.2 - Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	33
6.3 - Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	33
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)	35
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40

1 . INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2010) Berilo é uma cidade com 12.360 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2017). Está localizada na zona do médio Jequitinhonha, na região nordeste do Estado de Minas Gerais. Sua sede dista de 630 km da capital mineira, Belo Horizonte e 330 km da cidade de Diamantina. Limita-se com os municípios de Francisco Badaró, Chapada do Norte, Grão Mogol, José Gonçalves de Minas e Virgem da Lapa. (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo MG, 2019).

A cidade teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função do êxodo rural ocorrido na região. As principais atividades econômicas do município são: agricultura: destacando-se a produção de milho, feijão, mandioca, café, cana de açúcar e abacaxi, sendo esta última a que se destaca pelo maior desenvolvimento; pecuária: com a criação de bovinos, suínos, galináceos, equinos, muares e apicultura (que está em desenvolvimento) e artesanato: em barro e algodão (tecelagem). (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo, 2019).

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural: movimentada as suas festas religiosas.

1.2 Sistema Municipal de Saúde

O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo. Em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que determinou a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema. Os recursos federais que correspondem, a mais de 70% do total, progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, por

transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994. (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo, 2019).

A intensa habilitação de municípios e estados em modalidades avançadas de gestão gerou um expressivo aumento das transferências diretas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais, fazendo com que, em dezembro de 2001, a maior parte dos recursos da assistência já fosse transferida nessa modalidade, em contraposição à predominância de pagamento federal direto aos prestadores de serviços. Alguns estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais de saúde, de acordo com regras definidas no âmbito estadual. (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo, 2019).

O nível federal ainda é o responsável pela maior parcela do financiamento do SUS, embora a participação dos municípios venha crescendo ao longo dos últimos dez anos e haja a perspectiva de que a parcela dos recursos estaduais no financiamento do sistema aumente significativamente em decorrência da aprovação da EC-29. O pagamento aos prestadores de serviços de saúde é feito pelo nível de governo responsável por sua gestão. Independentemente do nível de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza um mesmo sistema de informações para os serviços ambulatoriais – o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e outro para os serviços hospitalares – o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo, 2019).

No caso específico das internações hospitalares, embora o pagamento pelos serviços prestados esteja descentralizado para o nível de governo responsável por sua gestão, o processamento das informações relativas a todas as internações financiadas pelo sistema público de saúde é realizado de forma centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) órgão do

Ministério da Saúde. Do mesmo modo, todo o sistema público utiliza uma única tabela de preços, definida pelo Ministério da Saúde (MS), para o pagamento aos prestadores de serviços. (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo, 2019).

Com a nova habilitação de gestão descentralizada do sistema os municípios assumiram a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviço. A norma em vigor (NOAS-SUS 01/01) define duas condições de gestão municipal: (a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica, e (b) Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo, 2019).

Cabe esclarecer que o financiamento por base per capita não dispensa o gestor de alimentar o sistema de informações ambulatoriais, cuja produção servirá como insumo para futuras negociações de alocação de recursos financeiros. Até 1997 não havia subdivisão dos recursos transferidos para estados e municípios o que passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a edição da Portaria nº 2.121/GM que implantou o Piso da Atenção Básica (PAB) e separou os recursos para o financiamento da Atenção Básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial. (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo, 2019).

O PAB de cada município que é calculado tendo por base um valor per capita é transferido de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo, 2019).

Vale destacar que, enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor per capita, o valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo MS, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas tais como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária. (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo, 2019).

A partir da Portaria GM N° 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamentou a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a **NOB-SUS/96**, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças e definiu a sistemática de financiamento, no ano 2000 o MS por meio da Fundação Nacional de Saúde, começou a implementar o processo de descentralização dessa área. (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo, 2019).

A saúde passou a ser subdividido em: Recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável), Recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, Recursos para a Assistência de Média e de Alta Complexidade. (arquivos da secretaria da prefeitura de Berilo, 2019).

Fonte: (SIOPS, 2016).

- Gasto per capita por ano.

O primeiro Bloco de Financiamento do SUS é a Atenção básica, que recebe recursos divididos em duas modalidades – o PAB fixo e PAB variável. O PAB fixo é um valor que se mantém praticamente fixo e oscila de acordo com a população do seu município e o PAB variável irá variar de acordo com o desempenho do Gestor e da sua equipe. *Fonte: (SIOPS, 2016)*

O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. (SIOPS, 2016).

QUADRO 1 - Receitas e despesas orçamentárias de acordo SIOPS, 2016

Participação % da receita de impostos na receita total do Município	1,86%
Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Município	92,78%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	22,07%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	59,59%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	18,95%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	57,55%
Para Fins de Cálculo do Percentual da LC141/2012	0,00%
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob-responsabilidade do município, por habitante.	R\$ 496,84
Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	63,80%
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,74%
Participação % da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	14,68%
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	3,59%
% das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde	80,45%
% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	22,15%

Fonte: SIOPS (2016)

- Análise e considerações sobre os Indicadores Financeiros

Através dos indicadores financeiros apresentados no quadro 1, conclui-se que as transferências intragovernamentais representaram 92,78% da receita total do município. Dentre os recursos intragovernamentais, específicos para o SUS, 22,07% são transferências oriundas da União. (SIOPS,2016)

A participação % na receita de impostos total do município foi de 1,86%. A participação das despesas com pessoal na despesa total de saúde é de 62,42%.

Considerando os primeiros números, Berilo gasta em torno de 496,84 por habitante/ano. Considerando as despesas liquidadas e receitas realizadas até 31/1/2016, com um limite constitucional de 22,15%, ou seja, acima dos 15% estabelecidos constitucionalmente. (SIOPS,2016)

Observa se também que os recursos financeiros aplicados na Assistência Hospitalar e Ambulatorial são considerados altos em relação à Atenção básica onde temos cinco Equipes da Saúde da Família (eSF) e uma Equipe do Núcleo de atenção a Saúde da Família (NASF) II. O alto índice é devido possuímos um hospital municipal de pequeno porte, onde o município se vê obrigado a ter um maior investimento, uma vez que não há investimento do Governo Estadual, somente pela União, sendo este através do teto das internações municipais (SIOPS, 2016).

- Rede de serviços

A secretaria municipal de saúde se subdivide nos seguintes setores: administração, assistência hospitalar, estratégia saúde da família, saúde bucal.

Atenção primária: atualmente, são cinco ESF (Viva Berilo, Centro, Saúde em casai) encontram-se centralizados na sede, e as ESF (São Norberto e Saúde Mais Perto de Você), sendo que a ESF São Norberto localizada no distrito de Lelivéldia e a ESF Saúde mais perto de você na comunidade rural do Alto Bravo. Todos com sede própria, ou seja, em UBS.

Saúde bucal: são cinco equipes de saúde bucal, os consultórios odontológicos estão localizados na zona urbana e rural nas UBS e postos de saúde, a saber: UBS Irmã Agatha Knopf (02), UBS São Norberto (01), UBS José Gomes Lisboa (01), UBS Irmã Roberta Jesus do Redentor (01) e Palmital/posto de saúde (01). As ações de saúde bucal preventiva são realizadas nas escolas e unidades de saúde através de palestras educativas e da escovação supervisionada.

Atenção de urgência e emergência: encaminhamos para o centro de urgências presentes na cidade. Não dispomos de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e de Centro de Terapia Intensiva (CTI).

Atenção hospitalar: Hospital Municipal Nossa Senhora dos Pobres é de pequeno porte, sendo referência para a população de Berilo e dos municípios circunvizinhos, tais como chapada do norte, Francisco Badaró, José Gonçalves de Minas e Jenipapo de Minas, possui 38 leitos atendendo 100 % SUS.

Há atendimento de laboratório de análise clínica, fisioterapia, raio x e ultrassonografia. Atualmente regularizando a agência transfusional para voltar a funcionar. Possui atendimento em clínica geral, pediatria, obstetrícia. Realiza cirurgia geral de pequeno porte e ginecológicas eletivas.

Apoio diagnóstico: 1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (psicologia, psiquiatria, nutricionista, fisioterapeuta) e 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Assistência farmacêutica: conta com Farmácia de Minas.

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade Alto Bravo que abriga a UBS José Gomes Lisboa sendo uma comunidade de cerca de 1.521 habitantes, encontra-se localizada a 15 km do distrito de Lelivédia município de Berilo, Minas Gerais e aproximadamente a 30 km da cidade de Virgem da Lapa, Minas Gerais, a maior fonte de emprego da população é o cultivo de abacaxi, e com menor força a agricultura o setor privado e o comércio. É grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é inadequada, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo, a qualidade da água deixa a desejar por uma boa qualidade, pois não é tratada. É uma comunidade pequena com escassos recursos econômicos que não permitem a população ter um poder aquisitivo melhor, pelo que depende em

sua maioria dos programas assistenciais do governo, tais como bolsas de família, e outros.

O nível de vida é de médio a baixo. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Em Ato Bravo temos uma ESF que conta com serviço de saúde bucal

1.4 A Unidade Básica de Saúde José Gomes Lisboa

A comunidade Alto Bravo que abriga a UBS José Gomes Lisboa, foi inaugurada 31/12/2012 há sete anos e estão situadas na rua principal do distrito que faz a ligação com a rodovia 667 e o distrito de Lelivéldia, município de Berilo, Minas Gerais e a Cidade de Virgem da Lapa-MG. Tem sede Própria, já construída para ser uma unidade básica de saúde, e está bem conservada.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Na sala de espera não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza a sala de enfermagem para realização das reuniões. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na própria UBS, o que é um pouco incomodo por ser um espaço pequeno, o que geralmente dificulta muito as reuniões.

A UBS atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, contendo computadores na sala do médico, enfermeiro e na sala da odontologia, faltando apenas na recepção, e serviço de internet WI-FI em toda unidade.

1.5 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde José Gomes Lisboa

A equipe que compõe esta UBS é descrita: 1 agente comunitário de saúde (ACS) para a micro área 1, que tem 35 famílias cadastradas; um ACS da micro área 2, que tem 94 famílias cadastradas; um ACS da micro área 3, que tem 135 famílias cadastradas; um ACS da micro área 4, que tem 104 famílias cadastradas; um ACS da microárea 5, que tem 72 famílias cadastradas; um ACS da micro área 6, que tem 126 famílias cadastradas e uma técnica de enfermagem, um médico, um enfermeiro, uma cirurgiã dentista, uma técnica saúde bucal (THD), um auxiliar de consultório dentário e um auxiliar limpeza e organização da UBS.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe José Gomes Lisboa

A UBS José Gomes Lisboa funciona das 7:00 horas às 16:00 horas, de segunda-feira a sexta-feira e, para tanto, é necessário o apoio dos ACS que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo devido a dificuldade de contratação de um recepcionista fixo. O médico de equipe realiza consultas agendadas desde 7:00 horas até 16:00 horas, assistindo de forma intercalada a assistência de pacientes com demandas espontâneas ou agendada em dependência da programação de atividades. Realizando atendimento nas comunidades de mais difícil acesso Lagoinha na terça-feira e Palmital na Quarta-Feira em companhia do ACS, e do enfermeiro.

1.7 O dia a dia da equipe da unidade básica de saúde José Gomes Lisboa

O tempo da UBS José Gomes Lisboa é ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas.

A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, horta comunitária e grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferos. No início essas iniciativas conseguiram despertar

algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, no começo foram bastante interessantes, o público em sua maioria estava presente, compartilhamos trocas de experiências, através de relatos dos pacientes e palestras ministradas pelo médico e enfermeiro da unidade, e terminava com um café e bate papo, com o tempo foi diminuindo o público e hoje quase não vai ninguém. Hoje nossa equipe pensa em uma maneira de organizar e chamar a atenção do público para estes programas que são de fundamental importância para o bem estar da população (e-SUS, 2019. BERILO,2019)

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

(primeiro passo):

A seguir pode-se observar os problemas de saúde do território e da comunidade:

- Difícil acesso às localidades com estradas sem pavimentação, com barocas e derivações que não deixam chegar ao paciente.
- Necessidade do serviço de atendimento móvel (SAMU).
- Renda familiar de baixo nível.
- Não há atividades de lazer e atividades culturais para a população..
- Falta de coleta e descarte do lixo urbano.
- Falta de pavimentação nas ruas.
- Falta de tratamento da água.
- Doenças crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM II).
- Doenças infecciosas agudas.

- Elevado índice de transtornos psiquiátricos (psicofármacos).
- Doenças Respiratórias agudas e crônicas.
- Alto índice de dislipidemias.
- Tabagismo.
- Baixo nível de escolaridade.
- Maus hábitos alimentares nos portadores de DM II.
- Verminose intestinal.
- Pouca existência de medicamentos na farmácia comunitária.
- Doenças articulares.

1.9 Priorizações dos problemas: A seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

A partir da definição da lista de problemas junto à equipe de saúde, torna-se necessária a priorização dos mesmos, com base na sua importância, urgência e a capacidade da equipe para intervenção. É importante ressaltar que essa priorização indica uma demanda momentânea da equipe de saúde atual e que é feita a partir da opinião dos membros da ESF, não descaracterizando cada um dos outros problemas como importantes na comunidade de abrangência.

Assim, foi feita uma padronização para classificar cada problema na importância (alta, média ou baixa) urgência (distribuído 30 pontos entre os problemas segundo critérios de urgência) e capacidade de enfrentamento (se está parcialmente, total ou fora da capacidade da equipe). Após essa classificação a seleção por ordem decrescente de prioridade para intervenção é feita a partir da análise das três variáveis classificadas (Quadro 2).

QUADRO 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde José Gomes Lisboa, município de Berilo, estado de Minas Gerais. 2019

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Alta prevalência de hipertensão arterial	Alto	7	Total	1
Alta prevalência de diabetes mellitus	Alto	5	Total	2
Falta de adesão aos tratamentos indicados	Média	3	Total	3
Falta aderência às campanhas de prevenção em saúde	Média	3	Parcial	4
Doenças	Média	3	Parcial	5

psiquiátricas				
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Média	3	Parcial	6
Doenças articulares	Baixa	2	Total	7
Doenças respiratórias agudas e crônicas	Baixa	2	Total	8
Doenças Infecciosas Agudas	Baixa	1	Total	9
Verminose intestinal	Baixa	1	Total	10

Fonte: autoria própria (2020)

Definimos a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento e então classificamos em ordem de prioridade e relevância em uma pontuação máxima de 30 pontos.

2 JUSTIFICATIVA

Realizou-se este trabalho na justificativa em se diagnosticar o alto índice de HAS na população de Berilo, Minas Gerais, após a aplicação do diagnóstico situacional, neste município e Distrito Alto Bravo, na UBS Jose Gomes Lisboa, utilizando os sistemas de informação do município, SIAB, entrevista com informantes chaves do município, busca ativa, ACS e reuniões da equipe, chegando à conclusão que se devia trabalhar com os pacientes diagnosticados com HAS, pois se observou a alta prevalência de hipertensos na nossa área de abrangência, sendo muitos casos ainda não diagnosticados.

Tendo como umas das principais causas de óbitos e principais causas de internação no município de Berilo e comunidade Alto Bravo, identificou-se a importância de reduzir o número de hipertensos descompensados, pois estas medidas podem vir a evitar muitas complicações como o Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio e Doença Renal Crônica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção visando a redução do número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, na Unidade Básica de Saúde José Gomes Lisboa, comunidade de Alto Bravo, através das medidas de prevenção.

3.2 Objetivos específicos

Intensificar o trabalho de promoção, prevenção e tratamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

Propor prática de atividades físicas regulares, aos pacientes com fatores de riscos elevados para desenvolver hipertensão arterial sistêmica.

Propor dietas hipossódicas e acompanhamento anuais para pacientes, diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica.

4 - METODOLOGIA

Para o norteamento do projeto de intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com: (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Teve como contrapartida o diagnóstico situacional de saúde da UBS José Gomes Lisboa, realizado pelo método de estimativa rápida, com poucos recursos e em pouco tempo e com intuito de alcançar informações a cerca do problema e suas possibilidades de enfrentamento, sempre envolvendo a população que vive nesta área de abrangência que tem a maior capacidade de levantar suas necessidades e dificuldades. Com a definição dos problemas, priorizou-se o problema do elevado número de hipertensos cadastrados na unidade e sua dificuldade de controle do tratamento.

Foi feita a descrição do problema, caracterizando a HAS, buscando também fatores de risco e formas de trabalho da UBS que abordavam a problemática. Os dados foram levantados pelo método de Estimativa Rápida utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade através das consultas, observação ativa da área e visitas domiciliares. A principal fonte de dados foram os registros escritos, como os prontuários médicos.

A busca do material para a revisão foi feita na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Bireme, dentre outras, com os seguintes descritores: Estratégia saúde da família, Atenção Primária de Saúde, Hipertensão. Foram consultados também documentos do Ministério da Saúde; do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais (SES); e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Elaborou-se a proposta de intervenção descrevendo o plano

operativo, ações que serão realizadas e possíveis resultados esperados com o desenvolvimento do plano.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A ESF visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBS (BRASIL, 2017).

Segundo Camargo, Anjos e Amaral (2013) a (ESF) tem como princípio a vigilância à saúde, tendo como característica a atuação interdisciplinar e multidisciplinar. Atuando também em grupos específicos da população como os portadores de (HAS). É indiscutível que a (ESF) contribui para a melhoria do acesso da comunidade aos serviços básicos de saúde. Além disso, tem modificado lentamente o modelo de atenção ao aproximar o serviço de saúde da população e introduzir noções de prevenção e promoção da saúde da família. Também parece ser imprescindível tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, com ações que incidam sobre as causas, como condições de vida, trabalho e lazer do portador de hipertensão arterial sistêmica.

5.2 Atenção Primária à Saúde

Por ser uma doença assintomática e idiopática, pode-se haver uma demora no diagnóstico da HAS o que poderia levar o indivíduo a não aderir de modo contínuo ao tratamento dessa doença (BRASIL, 2006). A avaliação dos níveis tensionais deve ser uma prática obrigatória e rotineira no atendimento do usuário na atenção primária à saúde. O profissional de saúde precisaria estar devidamente treinado e capacitado para identificar por meio da história de vida do indivíduo e dos seus níveis pressóricos a possibilidade deste tornar-se um hipertenso (SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 2010).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978) Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e

socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autor responsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

É caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. A HAS é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm Hg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS representa um sério problema epidemiológico no Brasil, tanto pela sua elevada prevalência na população adulta e idosa, quanto pelas complicações que acarreta, com acentuadas taxas de morbimortalidade e impactos relevantes nos custos hospitalares, previdenciários, econômicos e sociais. É uma síndrome de origem multifatorial caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais, possibilitando anormalidades cardiovasculares e metabólicas, que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013)

5.4 Hipertensão Arterial Sistêmica: fatores de riscos, tipos e tratamento.

O DM e a (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e hospitalização no (SUS) e representam, ainda mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas a diálise (SCHMIDT et al, 2011; ROSA, 2008).

Segundo Silva *et. al.* (2006) a educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de

descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença.

De acordo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) pessoas com históricos familiares de HAS podem apresentar maiores riscos para a doença. Considerando-se também que níveis elevados de pressão arterial são potencializados por outros fatores de risco tais como: ingestão excessiva de sal, baixa ingestão de potássio, alta ingestão calórica, além do consumo exagerado de álcool. Os dois últimos fatores são os que contribuem para o desenvolvimento do sobrepeso ou obesidade, que estão diretamente relacionados à elevação da pressão arterial.

Fatores como tabagismo e dislipidemias aumentam, também por agregação, o risco cardiovascular. A HAS é uma doença e um fator de risco importante para o desencadeamento de outras complicações clínicas de alta gravidade como a insuficiência cardíaca, as doenças isquêmicas do coração, a insuficiência renal, as doenças vasculares encefálicas e as retinopatias (BRASIL, 2006).

Grande enfoque na prevenção, controle e tratamento da HAS, tanto como doença ou como fator de risco para outros agravos importantes tem sido atribuído a (ABS) na incorporação de medidas diversificadas tanto a nível individual como coletivamente. Estas medidas que propiciam a melhoria na qualidade da atenção e do controle dos níveis pressóricos da população são consideradas desafios, sobretudo para a ESF que, como equipe multiprofissional possui junto à clientela adscrita.

Segundo Lopes et al (2003) o tratamento não-medicamentoso pode controlar a hipertensão leve; quando associado com o tratamento farmacológico, pode melhorar o controle do paciente com hipertensão moderada/grave. A boa adesão ao tratamento não-farmacológico e ao tratamento farmacológico da hipertensão constitui tarefa difícil para médico e paciente. Existem várias medidas não-farmacológicas que, quando praticadas, resultam em grande benefício em relação ao controle da pressão arterial e co-morbidades comumente encontradas no paciente hipertenso. Dentre as medidas com eficácia comprovada e de melhor impacto na pressão arterial, merecem

destaque a redução do peso, a redução do sódio da dieta e a prática regular de atividade física. Em relação à perda de peso, já foi demonstrado que pequena perda (~5 por cento do peso total) resulta em melhor controle da pressão arterial e das alterações metabólicas associadas e em regressão da hipertrofia cardíaca. A redução moderada do sal da dieta (~6 g/dia) resulta em queda significativa da pressão arterial no paciente hipertenso. O benefício da atividade física no tratamento da hipertensão arterial até recentemente ainda não estava bem estabelecido; porém, novos estudos têm demonstrado que a prática de exercícios do tipo isotônico de carga moderada resulta na redução sustentada da pressão arterial. Outras medidas, tais como suplementação de potássio e aumento do consumo do ácido graxo ômega 3, também resultam em queda da pressão arterial. Finalmente, a perda de peso, principalmente nos pacientes hipertensos com obesidade central, pode resultar em grande benefício para esses pacientes, pelo fato de não só reduzir a pressão arterial mas também facilitar o controle de co-morbidades (diabete, dislipidemia).

6 - PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alta prevalência de hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde José Gomes Lisboa”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS , 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A partir dos dados populacionais levantados no diagnóstico situacional sobre a população da área de abrangência da equipe de Saúde José Gomes Lisboa, município de Berilo, estado de Minas Gerais, pode-se observar que cerca de 15% da população da nossa área de abrangência são portadores de HAS. A maior parte são pacientes descompensados, e está associado a baixa adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e devido a sua alta prevalência na área de abrangência foi acordado uma maior importância a essa problemática.

Sabe-se que existe ainda um número expressivo de usuários não diagnosticados, o que reforça a necessidade da equipe continuar trabalhando na identificação desta população, informando-a sobre a doença, a importância de seu tratamento e a necessidade de sensibilização para mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e a realização de atividade física.

6.2 - Explicação do problema selecionado (quarto passo)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) a HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Classifica-se como normal entre $< 120 < 80$ e Pré-hipertensão 120 a 139 e/ou 80 a 89.

Após a seleção do problema realizou-se uma descrição sendo a população de vinte anos, até maior de sessenta anos, tantos homens quanto mulheres, todos eles apresentaram fatores de riscos para HAS, seja de forma direta ou indireta, destacados neste município como baixo nível educacional, baixas taxas de renda, altos índices de alcoolismos, hábitos e estilos de vidas inadequados, baixos acesos a informações que prejudicam à saúde da população, entre outras. Portanto optou-se em intervir mais sobre a temática da HAS, seus fatores de riscos, mudanças de hábitos e estilos de vida, auxiliar o profissional a direcionar um trabalho específico para à prevenção destas patologias e suas complicações.

6.3 - Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos são as causas sobre as quais é possível atuar para melhorar o desempenho sobre aquele problema. Desse modo, diante de todas as causas possivelmente relacionadas ao problema priorizado, apresentam-se como nós críticos.

- Pouco conhecimento da doença, da sua prevenção, das complicações.
- Não identificam a HAS como fator de risco para eventos cardiovasculares.
- Não identificam a atividade física e alimentação como pilar terapêutico.

- Alto índice de analfabetismo.
- Hábitos alimentares e estilo de vida inadequado.
 - Consumo excessivo de sal.
 - Não praticam atividade física.
 - Uso de álcool e /ou tabaco.
 - Não seguem uma alimentação saudável.
 - Baixas condições financeiras.
 - Falta de locais adequados para a prática de exercícios físicos
- Má adesão ao tratamento medicamentoso.
 - Falta de informações sobre a doença.
 - Uso inadequado da medicação.
 - Alto índice de analfabetismo.
 - Idosos vivendo sozinhos.

A HAS é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias, e de difícil controle e tratamento. No município de Berilo, Minas Gerais, mais especificadamente, na UBS José Gomes Lisboa, tal dificuldade se eleva consideravelmente decorrente de questões culturais e sociais, devido à falta de conhecimento sobre a doença e a não adesão ao tratamento farmacológico.

A implantação de novas ações de saúde nos possibilitará conhecer as reais necessidades da nossa população adscrita, e com isto poderemos melhorar o nosso atendimento e qualidade de vida dos nossos pacientes.

Tenho certeza que se conseguirmos melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e mudanças do estilo de vida dos pacientes da UBS Jose Gomes Lisboa, irão diminuir de forma significativa os índices de complicações como hipertensão arterial descompensada, acidente vascular cerebral, enfarte, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca.

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)

QUADRO 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema **Pouco conhecimento da doença, da sua prevenção, das complicações**, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Gomes Lisboa , Berilo - MG

Nó crítico 1	Pouco conhecimento sobre a doença e suas complicações.
6º passo. Operação (operações)	Intensificar o trabalho de promoção, prevenção dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, com esta medida aumentar o nível de informação da população sobre a doença.
6º passo. Projeto	Desenvolvendo a autoestima
6º passo. Resultados esperados	Reduzir em 50% o numero de Hipertensos descompensados e implantar ação de educação permanente em equipe. através de meios de informação populares sobre a doença.
6º passo. Produtos esperados	Melhor adesão ao tratamento para hipertensão arterial
6º passo. Recursos necessários	Estrutural: Equipe multidisciplinar como: Médico, enfermeiro. Cognitivos: Informação sobre o tema. Políticos: parcerias e mobilização social Financeiros: Recurso para impressão de materiais educativos sobre a HAS como Folder
7º passo. Viabilidade do plano: Recursos críticos	Estrutural: Local adequado para realização das reuniões. Cognitivo: Informações sobre o tema. Político: Financiamento dos materiais impressos pela gestão. Financeiro: Recurso para impressão de material.
8º passo. Controle dos recursos críticos: ações estratégicas	Secretario de Saúde e Unidade Básica de Saúde Motivação: Favorável Apresentar projeto
9º passo. Acompanhamento do plano: Prazo e Responsável (eis)	Imediato: Palestras e atividades educativas. Um mês: Grupo Hiperdia. Médico e Enfermeiro.

10º passo. Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação do nível de conhecimento da população pelo médico e enfermeiro em um prazo de 10 meses depois de iniciar implementação do projeto.
--	--

Fonte: Diagnóstico Situacional da unidade Básica de saúde Jose Gomes Lisboa (2019)

QUADRO 4 - operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema **Hábitos alimentícios, e estilo de vida inadequado**, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde José Gomes Lisboa , Berilo - MG.

Praticando hábitos alimentares saudáveis

Nó crítico 2	Hábitos alimentares e estilo de vida inadequado.
6º passo: Operação (operações)	Realização de grupos com equipe multiprofissional para orientações quanto ao estilo de vida saudável.
6º passo: Projeto	Pra viver bem, e necessário ter saúde.
6º passo: Resultados Esperados	Diminuição do número de pessoas sedentárias em 50 % Alteração dos hábitos alimentares em 50 %.
6º passo: Produtos Esperados	Encontros inicialmente mensais para palestras sobre temas diversificados. Implantar grupos de caminhadas nas comunidades rurais
6º passo: Recursos Necessários	Estrutural: Multidisciplinar como: Médico, Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo. Cognitivos: Informações sobre o tema. Políticos: parcerias e mobilização social Financeiros: Recursos para impressão e disponibilização de materiais educativos sobre a HAS como Folder e materiais sobre reeducação alimentar.

7º passo: Recursos críticos	Estrutural: Local adequado para realizar os grupos nas comunidades. Cognitivo: Educação continuada para a capacitação das ACS. Político: Adesão do gestor municipal ao projeto. Financeiro: Recurso para impressão de material e organização dos grupos.
8º passo: Controle dos recursos críticos	Secretario de Saúde e Unidade Básica de Saúde Motivação: Favorável
9º passo: Ações estratégicas	Projetos de motivação a população para melhora dos hábitos de vida.
10º passo: Prazo	Três meses para o início das atividades e avaliação anual.
11º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo.
12º passo: Processo de monitoramento e avaliação das ações	O processo de monitoramento será realizado através de matriciamento feita pela equipe ESF Jose Gomes Lisboa, juntamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Fonte: Diagnóstico Situacional da unidade Básica de saúde Jose Gomes Lisboa (2019).

QUADRO 5 - operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema **Má adesão ao tratamento medicamentoso**, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde José Gomes Lisboa , Berilo - MG.

Desenvolvendo tratamento medicamentoso correto

Nó crítico 3	Má adesão ao tratamento medicamentoso
6º passo: Operação	Realização de grupos nas comunidades rurais para a conscientização da população sobre a doença e a importância da adesão dos hábitos de vida saudáveis como tratamento e uso adequado da medicação.
6º passo: Projeto	Resultado satisfatório e consequência de um estilo de vida saudável.
6º passo: Resultados Esperados	Adesão completa ao tratamento em 90% dos pacientes HAS. na adesão no 70% dos pacientes difíceis.

6º passo:Produtos Esperados	Grupo Hiperdia, Palestras educativas, reuniões mensais. Comunitárias de Saúde.
6º passo:Recursos Necessários	Estrutural: Multidisciplinar como: Médico/Enfermeira/ Dentista/ Técnicos de enfermagem e Agentes Comunitárias de Saúde. Cognitivos: Informação sobre o tema. Políticos: parcerias e mobilização social Conseguir espaço/local e articulação intersetorial. Financeiros: disponibilização de materiais educativos sobre a HAS como Folder e materiais sobre reeducação alimentar.
6º passo:Recursos críticos	Estrutural: Profissionais suficientes para a realização dos grupos. Espaço físico adequado. Cognitivo: Passar informações sobre o tema de maneira clara e que seja de fácil entendimento para esses indivíduos. Político: Contratação de profissionais e compra de medicamentos. Financeiro: Recursos para impressão de cartilhas informativas.
7º passo:Controle dos recursos críticos	Secretario de Saúde e Unidade Básica de Saúde Motivação: Favorável
8º passo:Ações estratégicas de	Apresentar projeto
9º passo:Prazo	Três meses para o início das atividades e avaliação anual
10º passo:Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações Prazo	Medico/Enfermeiro.
11º passo:Processo de monitoramento e avaliação das ações	O processo de monitoramento será realizado através de matriciamento feita pela equipe ESF Jose Gomes Lisboa, juntamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Fonte: Diagnóstico Situacional da unidade Básica de saúde Jose Gomes Lisboa (2019).

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção proposto tem grandes chances de ter êxito, pois o município é pequeno, com representantes governamentais que se integram aos problemas na comunidade e que apoiaram nosso projeto. Sendo este um trabalho multidisciplinar, em equipe, que permitirá um controle adequado destas doenças, através da implementação de programas de educação permanente em saúde coletiva, garantindo mudanças de estilo de vida, maior número de diagnósticos precoces das doenças e incentivo para adesão a tratamentos orientados. Mais importante, toda essa mobilização elevará o nível de conhecimento sobre temas de saúde e também de manejo adequado das doenças. Nossa equipe de trabalho continuará buscando estratégias adequadas para lograr o diagnóstico precoce das doenças em estudo, por meio do incremento do número de consultas, de trabalho contínuo para identificar possíveis fatores de risco cardiovasculares, para evitar complicações prematuras.

Deve-se ainda priorizar as atividades coletivas como trabalhos com grupos específicos, bem como promover a orientação aos pacientes de como se apresentam as doenças envolvidas, com enfoque permanente no autocuidado. Acredita-se que nossa proposta de projeto de intervenção contribuirá de forma importante ao aprimoramento das condições de vida e de saúde da população em estudo, estimulando a modificação do estilo de vida, comprovados na redução da pressão arterial como: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução de ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo.

Pode-se também aumentar as ações de saúde para fazer busca ativa de pacientes com hipertensão, organizar a agenda para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 03, de junho de 2019.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 03, de junho de 2019.

CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 03, de junho de 2019.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. DATASUS, 2019 Disponível em:<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops> Acesso em: 27/05/2019.

ESUS, 2019. Disponível em: <http://esus.saude.ms.gov.br/>. Acesso em: 04/06/2019.

FARIA H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em: 03, de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão (pressão alta)**: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção . Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao> . Acesso em: 04/06/2019.

BERILO. Prefeitura Municipal. Disponível em: <http://berilo.mg.gov.br/>. Acesso em: 27/05/2019.

SILVA, Terezinha Rodrigues; *et al* . Controle de diabetes *Mellitus* e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saude soc., vl.15, n. 3p.23 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300015 . Acesso em: 29 dez. 2019.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil:Carga e desafios atuais. **The Lancet**, 2013. 6736(11) 60135-9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. IV Diretrizes

brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 7 v. 82, suplemento IV, 22p, 2004.

Lopes, Heno Ferreira; Barreto-Filho, José Augusto S; Riccio, Grazia Maria Guerra. Título: Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial / Non-pharmacological treatment of hypertension - Fonte: Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo;13(1):148-155, jan.-fev. 2003.

SIOPS, 2016 - Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde - Berilo, 2016.

CAMARGO, R. A. A; ANJOS, F. R; AMARAL, M. F. Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 864–872, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Cadernos de Atenção Básica-Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica-Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: MS; 2016.

SILVA, S.S.B.E; COLSIMO,F.C; PIERIN, A.M.G - **O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.2, pp.488-496. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200035.2010>

Secretaria Municipal de Berilo – arquivos públicos –Berilo, 2019.

Sociedade Brasileira de Cardiologia • Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2016; ISSN-0066-782X • Volume 107, p.34.

SOCIEDADE BRASELEIRA DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSAO, NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010

Rosa R, Nita ME, Estimativas de hospitalizações atribuíveis ao Diabetes Mellitus no sistema público de saúde no Brasil de 2008 a 2010: estudo DIAPS 79. *Rev Assoc Med Bras* 2014; 60(3): 222-30.