

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

YANISLEIDY DENIS MENENDEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE
DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS NA HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

**POLO UBERLÂNDIA – MG
2016**

YANISLEIDY DENIS MENENDEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE
DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS NA HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

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

Orientadora: Prof^a. M^a. Márcia Araújo Barreto.

**POLO UBERLÂNDIA – MG
2016**

YANISLEIDY DENIS MENENDEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE
DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS NA HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

Banca examinadora:

Examinador 1:

Prof^a. M^a. Márcia Araújo Barreto – Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Examinador 2:

Prof^a. Dr^a. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em 29 de Setembro de 2016.

DEDICATÓRIA

A meus pais por seu apoio incondicional em todas as etapas de minha vida.

A minha tutora por sua paciência e dedicação.

A todos a minha mais profunda gratidão.

AGRADECIMENTOS

Graças aos meus pais que me deram vida e me aceitaram como eu sou.

Um agradecimento especial a minha avó, que sem a sua ajuda não seria o que sou hoje.

Graças à minha tutora pelo apoio e tempo dedicado.

E, finalmente, agradeço a todos os meus amigos e colegas que, de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, de evolução lenta e permanente, considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis, com altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle, estando associada a importantes comorbidades e mortalidade cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo, portanto, um problema de saúde pública a nível mundial, incluindo o Brasil. Esta realidade está presente também em Uberlândia/MG. Este trabalho trata-se da elaboração de um Plano de Ação com o objetivo de diminuir a alta prevalência de HAS na população adstrita de uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Uberlândia-MG. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado iniciando-se pelo Diagnóstico Situacional, para a identificação dos problemas seguido da Revisão de Literatura, com o objetivo de descrever e explicar a origem do problema, seguido da Elaboração do Plano de Intervenção. Inúmeros fatores desencadeantes e/ou agravantes do problema “Alta Prevalência de Hipertensão Arterial” foram identificados e como resultado deste processo foram propostas para seu enfrentamento as operações “Cuidar Melhor”, “Conhecer Melhor” e “Melhor Saúde”, compondo o Plano de Intervenção apresentado, contemplando ações em todos os níveis de prevenção, do primário ao quaternário. Com a implantação deste plano de ação a equipe da Unidade Básica de Saúde da Família espera melhorar a abordagem e os cuidados aos pacientes Hipertensos, prevenindo complicações e também a prevenção de novos casos. Merece destaque a iniciativa da proposição de introduzir a meditação (Atenção Plena) como potente ferramenta para o controle do estresse, desmistificando as barreiras para seu exercício e capacitando o indivíduo para a autonomia da sua prática.

Palavras Chaves: Atenção Primária de Saúde; Hipertensão Arterial; Meditação.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic, slowly and constantly evolving, considered one of the major modifiable risk factors, with high rates of prevalence and low rates of control and is associated with significant comorbidities and cardiovascular and cerebrovascular mortality, It is therefore a public health problem worldwide, including Brazil. This reality is also present in Uberlândia/MG. This work it is the elaboration of an Action Plan with the objective of reducing the high prevalence of hypertension in the enrolled population of a Family Health Unit in Uberlândia/MG. The method used was the Situational Strategic Planning (PES) Simplified starting by Situational Diagnosis, to identify the problems followed by the Literature Review, in order to describe and explain the origin of the problem, followed by the Intervention Plan of Development. Numerous triggers and/or aggravating the problem "High Hypertension Prevalence" have been identified and as a result of this process have been proposed for their coping operations "Caring Best", "Know Better" and "Best Health", composing the Intervention Plan presented, including actions at all levels of prevention, from primary to quaternary. With the implementation of this action plan the staff of the Family Health Unit hopes to improve the approach and care for hypertensive patients, preventing complications and also the prevention of new cases. Noteworthy is the initiative of proposing to introduce meditation (mindfulness) as a powerful tool for stress management, demystifying the barriers to exercise and empowering the individual to the autonomy of their practice.

Key words: Primary Health Care; Arterial Hypertension; Meditation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- AMIHS - Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas Hebert de Souza
- APS - Atenção Primária em Saúde
- AVE - Acidente Vascular Encefálico
- BIREME - Biblioteca Regional de Medicina
- BVS - Biblioteca Virtual da Saúde
- CAPS - Centro de Atenção Psico Social
- CAD - Centro de Atenção ao Diabético
- CEO - Centro de Especialidades em Odontologia
- CEREM - Centro de Reabilitação Municipal
- CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CMSU - Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social
- DAC - Doença Arterial Coronariana
- DAP - Doença Arterial Periférica
- DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DCV - Doença Cardio Vascular
- DMAE - Departamento Municipal de Água e Esgoto
- DM - Diabetes Mérito
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- FUTEL - Fundação Uberlandense do Turismo, Esporte e Lazer
- HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
- HC-UFU - Hospital de Clínicas-Universidade Federal de Uberlândia
- IBGE - Instituto Instituto de Geografia e Estatística
- IAM - Infarto Agudo do Miocardio
- IC - Insuficiência Cardíaca
- INCB - Internacional Narcotics Control Board
- IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MBSR - Mindfulness-based Stress Reduction

MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
PA - Pressão Arterial
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PICs - Práticas Integrativas e Complementares
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SCIELO - Scientific Electronic Library Online
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS - Sistema Único de Saúde
UAI - Unidade de Atendimento Integradado
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UFU - Universidade Federal de Uberlândia
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição territorial dos distritos do município de Uberlândia-MG em 2015.	2
Figura 2 - Distribuição territorial dos setores sanitários da sede do município de Uberlândia/MG em 2015	3
Figura 3 - Áreas de abrangência para atendimento em Atenção Básica no Setor Oeste de Uberlândia/MG em 2015.	10
Figura 4 - Árvore Explicativa do Problema “Alta Prevalência de Hipertensão Arterial”.	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição da agenda de atendimentos oferecidos na UBSF Tocantins em Uberlândia/MG em 2015.	15
Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Tocantins. Município Uberlândia. 2015.	16
Quadro 3 - Classificação da Pressão Arterial (PA) de acordo com a medida casual no consultório em maiores de 18 anos.	26
Quadro 4 - Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica.....	29
Quadro 5 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área adstrita da UBSF Tocantins - Uberlândia/MG - 2015.....	33
Quadro 6 - Descritores do problema “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na população adstrita da UBSF Tocantins – Uberlândia/MG – 2015.....	34
Quadro 7 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema: “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins - Uberlândia/MG - 2015.	39
Quadro 8 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema: “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins - Uberlândia/MG - 2015.	42
Quadro 9 - Propostas de ações para motivação dos atores e viabilização das operações para os “recursos críticos” do problema: “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins - Uberlândia/MG - 2015.	43
Quadro 10 - Plano operativo para o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins - Uberlândia/MG - 2015.	44
Quadro 11 - Gestão do plano das ações para o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde Tocantins - Uberlândia/MG - 2015.	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da População da área de abrangência da UBSF Tocantins segundo a faixa etária - Uberlândia/MG - 2014.	11
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Identificação e histórico do município	1
1.2. Descrição do município	3
1.3. Sistema local de saúde	6
1.4. Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins	10
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVOS	18
4. METODOLOGIA	19
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	32
6.1. Identificação dos problemas	32
6.2. Priorização dos problemas	32
6.3. Descrição do problema selecionado	33
6.4. Explicação do problema	35
6.5. Seleção dos “nós críticos”	37
6.6. Desenho das operações	38
6.7. Identificação dos recursos críticos	42
6.8. Análise de viabilidade do plano	43
6.9. Elaboração do plano operativo	44
6.10. Gestão do plano	47
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	51

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo oferecer um atendimento básico mais humanizado e com maior resolubilidade na atenção básica. Para isso, conta com ações de saúde individuais e coletivas, visando à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde.

É esperado que a equipe de saúde da família seja capaz de identificar os problemas mais frequentes e que exigem mais atenção na população adstrita, sendo de suma importância o diagnóstico situacional da área de abrangência.

Em nossa área de atuação, na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Tocantins no município de Uberlândia/MG, os problemas mais comuns e importantes não diferem da maioria das unidades de saúde na atenção primária. Entretanto, para uma identificação mais sistematizada dos problemas e seu enfrentamento foi necessário conhecer a realidade destas famílias, com ênfase nas suas características socio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas. Para tanto, optou-se por utilizar o método “Planejamento Estratégico Situacional” (PES) simplificado proposto por Campos, Farias e Santos (2010), apresentado a seguir.

1.1. Identificação e histórico do município

O município de Uberlândia está localizado no Estado de Minas Gerais, região sudeste do país e na Região Ampliada de Saúde do Triângulo Norte. (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2013).

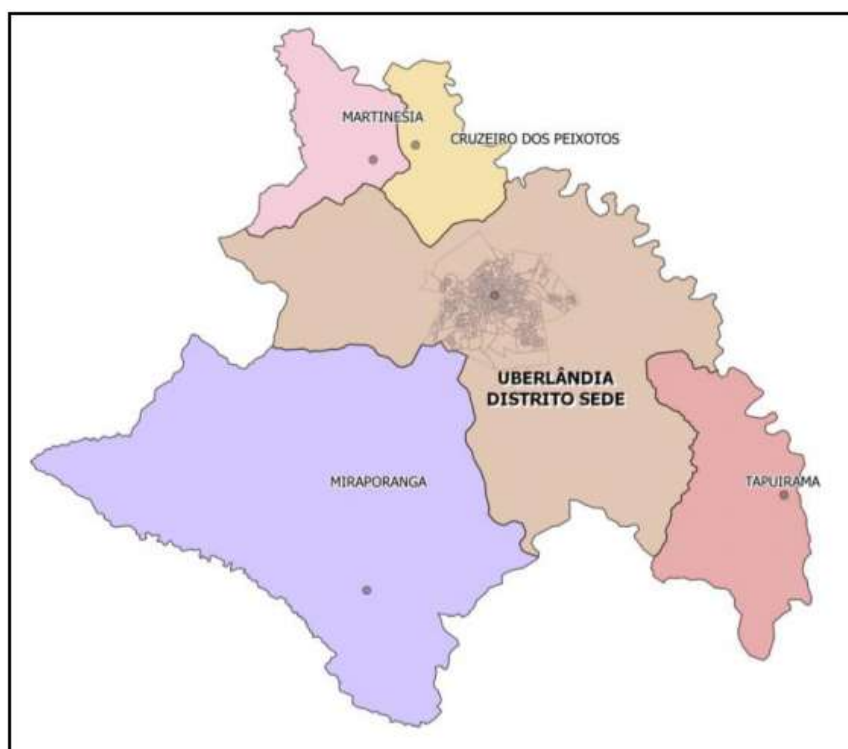
Distante 640 Km da capital Belo Horizonte, faz divisa com os municípios Araguari (37,7 Km), Indianópolis (62,3 Km), Monte Alegre de Minas (70,4 Km), Prata (84,5 Km), Tupaciguara (70,1Km), Uberaba (105 km) e Veríssimo (145 km). (UBERLÂNDIA, 2015c)

Na gestão do município está o prefeito Gilmar Machado, eleito em 2013. O Secretario municipal de Saúde é Dario Rodrigues dos Passos, a Coordenadora de Atenção básica Elisa Toffoli Rodrigues e o Coordenador de saúde Bucal Cássio Alves.

A história da formação do município remonta à época dos Bandeirantes, em 1682, quando Bartolomeu Bueno da Silva, conhecido como “Anhanguera”, atravessou o Triângulo Mineiro rumo ao atual estado de Goiás em busca do ouro. Com a queda do ciclo do ouro e surgimento do ciclo do café, nos tempos da colônia, estas áreas receberam incentivos de povoamento e motivadas pelas concessões de terras, em 1817 iniciaram os primeiros povoados com fixação de algumas famílias cujas fazendas, as principais, deram origem a um povoado, onde em 1853 construiu-se a primeira Capela. Quatro anos depois, foi legalizada a divisão e demarcação daquele Patrimônio perante o juiz municipal de Uberaba, com o nome de Nossa Senhora do Carmo e São Sebastião da Barra de São Pedro de Uberabinha. Mais tarde simplesmente São Pedro do Uberabinha. (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a).

Com o passar dos anos foi se transformando num centro comercial muito significativo e em 31 de agosto de 1888, fundou-se o município, inicialmente com 3 distritos: São Pedro do Uberabinha (sede), Martinópolis e Santa Maria. Desde então incorporou os distritos de Tapuirama e Cruzeiro dos Peixotos sendo que Santa Maria passou a chamar-se Miraporanga e Martinópolis a chamar-se Martinésia, assim permanecendo até hoje (figura 1). (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a)

Figura 1 - Distribuição territorial dos distritos do município de Uberlândia/MG - 2015.



Fonte: PMU–Diretoria de Pesquisa Integrada–SEPLAN (2015)

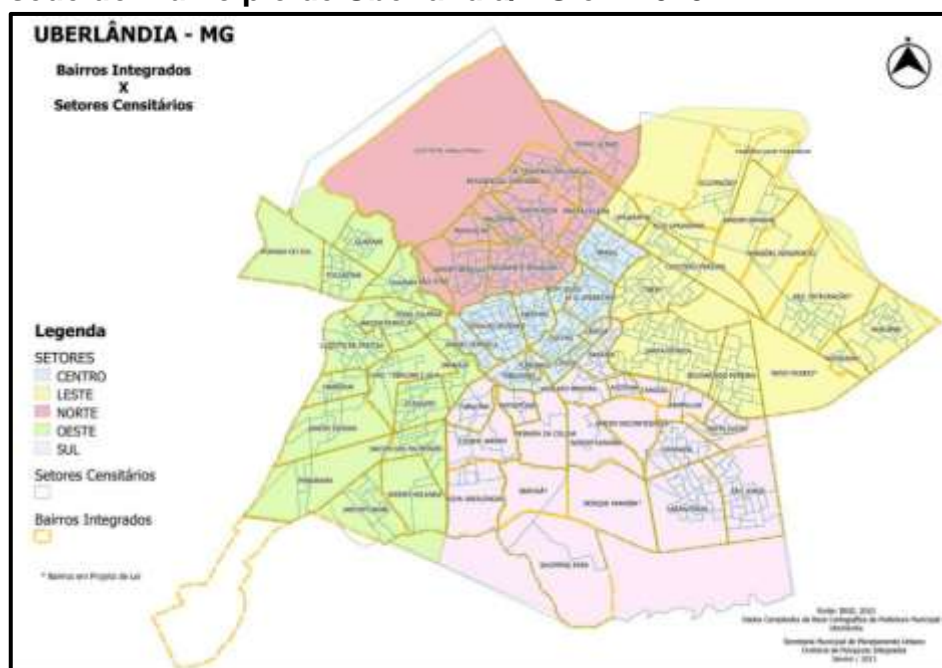
1.2. Descrição do município

Aspectos Geográficos

Constituída de cinco distritos (Figura 1), o distrito sede que é a própria cidade e os distritos Cruzeiro dos Peixotos (24 Km da sede), Martinésia (32 Km da sede), Miraporanga (50 Km da sede) e Tapuira (38 Km da sede). O distrito sede divide-se em cinco setores sanitários (Figura 2): Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a).

Sua extensão territorial é de aproximadamente 4.115,82 Km², sendo que a área rural ocupa em torno de 3.896,82 Km², correspondendo a 94,67% da extensão do município e a área urbana possui ao redor de 219 Km², correspondendo a 5,23% da área total do município. (BRASIL, 2015a; 2015b).

Figura 2 - Distribuição territorial dos setores sanitários da sede do município de Uberlândia/MG em 2015.



Fonte: PMU – Diretoria de Pesquisa Integrada – SEPLAN (2015)

Aspectos Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Uberlândia aumentou de 0,702 em 2000, para 0,789 em 2010, valor maior que a de Minas Gerais

e a do Brasil, que registram respectivamente 0,731 e 0,727. O aumento do IDHM de 12,39% em 10 anos fez a cidade se manter com alto desenvolvimento humano e subir da 4ª para a 3ª colocação de melhor IDHM do Estado, atrás apenas de Nova Lima (0,813) e Belo Horizonte (0,810). (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

Em relação à renda média mensal per capita o município de Uberlândia está em 4º lugar entre os municípios mineiros (R\$ 865,00), valor 35% superior à média estadual (R\$ 641,00) e 30% maior que a média nacional (R\$ 668,00). (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

De acordo com censo do IBGE 2010, a quantidade de domicílios próprios em Uberlândia é de 122.314 imóveis. Esse número representa 62,6% de pessoas que são proprietárias dos seus imóveis. Também é importante destacar que a situação de habitações que possuem infraestrutura completa (água, luz e esgoto) está no patamar superior a 96%. (BRASIL, 2015b).

Em relação ao saneamento básico Uberlândia conta com 100% de água tratada e 99% de tratamento de esgoto no perímetro urbano. De acordo com dados do Departamento Municipal de Água e Esgoto – DMAE, cerca de 6.288 moradores de Uberlândia ainda não têm acesso à rede de esgoto. O número representa menos de 1% da população total da cidade. (UBERLÂNDIA, 2013).

Uberlândia tem aproximadamente 17,9 mil pessoas analfabetas, segundo o Censo 2010 do IBGE. Dos 478.424 habitantes com mais de 15 anos, 3,8% (17.924) não sabem ler e escrever. O índice de analfabetismo em Uberlândia é inferior à meta de 6,7% preconizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO) para 2015. Em Uberlândia, segundo o mesmo instituto, o número de analfabetos é de 18.660 pessoas e o índice de analfabetismo é de 5,04%, abaixo dos índices estadual e nacional. (BRASIL, 2015a; UBERLÂNDIA, 2015b).

Uberlândia é servida por 4 rodovias federais importantes para as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte. Essa condição permite que a cidade seja considerada ponto de passagem e de contato para os diversos centros comerciais e consumidores do país. (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b). São elas:

- BR-050: Tem início em Brasília (DF) chegando até a cidade de Santos (SP). É uma rodovia que apresenta grande circulação de veículos, ligando a capital do país à maior metrópole brasileira, São Paulo.
- BR-365: Rodovia federal que faz a ligação entre as regiões Nordeste e Centro-oeste. Essa rodovia liga Uberlândia a Montes Claros.
- BR-455: Tem seu início em Uberlândia e termina na cidade de Planura (MG), onde inicia a BR-364.
- BR-497: Rodovia que liga as cidades de Uberlândia e Carneirinho (MG). Além da malha rodoviária, o município conta com uma estrada de ferro administrada pela Ferrovia Centro- Atlântica, que corta o Triângulo Mineiro interligando o Estado de São Paulo ao Estado de Goiás, na direção norte-sul.

Além da malha rodoviária, o município conta com uma estrada de ferro administrada pela Ferrovia Centro-Atlântica, que corta o Triângulo Mineiro interligando o Estado de São Paulo ao Estado de Goiás, na direção norte-sul. (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

Aspectos Demográficos

A população de Uberlândia em 2010, segundo dados do IBGE, correspondia a 604.013 habitantes, sendo que desse total, 2,77% residem na zona rural, correspondente a 16.745 habitantes e 587.267 habitantes na zona urbana (97,23%). A população de Uberlândia se concentra na área urbana já evidenciada no censo de 2000, concentrando-se ainda mais conforme o censo de 2010. Comparando os dados do censo de 2000, em 2010, houve um acréscimo de 473,4 pessoas por km² na área urbana e na área rural o acréscimo foi de 1,2 pessoas por Km². (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2013).

A população feminina de Uberlândia em 2010 foi de 309.099 (51,2%) enquanto que a masculina foi de 294.914 (48,8%). Em relação à faixa etária, segundo o censo de 2010 a proporção de idosos (60 anos ou mais) foi de 10,2% e a de menores de 15 anos foi de 20,8%. (BRASIL, 2015a).

A Taxa de Crescimento Anual em 2010 foi de 1,1%, com uma Densidade Demográfica de 37,40 hab./Km² (BRASIL, 2015b). A estimativa populacional para

2015 era de 662.362 habitantes, e segundo a Prefeitura Municipal de Uberlândia 646.131 na área urbana e 16.231 na área rural. (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

1.3. Sistema Local de Saúde

A rede pública de assistência à saúde do município da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia é abrangente do ponto de vista geográfico, com atuação significativa no coletivo e no individual, no preventivo e no curativo, apresentando ações de serviços públicos em todos os níveis de complexidade. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município realizam predominantemente as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), onde o cidadão é atendido por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Estas unidades estão regionalizadas em setores sanitários (Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul) e cobrem 100% da população. Possui um total 74 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) entre rurais e urbanas e mais 2 Unidades de Apoio à Saúde na zona rural. Com este número de ESF tem-se uma cobertura populacional assistida de 27%. O município possui também 9 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) tradicionais, responsáveis pela cobertura de 25% da população. Composto o conjunto de equipamentos de saúde que integram os setores sanitários, estão as 7 Unidades de Atendimento Integrado (UAIs) e 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA Sul, antiga UAI São Jorge), cobrindo o restante da população. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Considerando as especificidades de cada ponto da RAS, as UBSFs se estruturam no trabalho de equipes multiprofissionais responsáveis por um território delimitado, com área de abrangência definida de 3000 a 4000 pessoas, onde promovem ações de saúde baseadas no diagnóstico das necessidades de saúde da comunidade, sendo considerado o modelo assistencial da Atenção Básica. Os profissionais da UBSF cuidam de todos os ciclos de vida, desde a o recém-nascido até os idosos, com vínculo e responsabilização pelas pessoas. Além das atividades

de prevenção e promoção de saúde, a equipe atende as demandas agudas desta população da sua área abrangência dentro da competência da atenção primária e é também responsável pela coordenação do cuidado nos outros pontos da rede. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

As unidades de atendimento na atenção básica são as UBSFs, UBSs e UAls. Na maioria das UBSFs são oferecidos serviços de saúde de atendimento ambulatorial nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e atendimento de enfermagem. Já na UBS as ações mesclam elementos da Saúde da Família com uma prática clínica tipicamente ambulatorial. O atendimento ambulatorial nas UBSFs e UBs acontece em geral das 7 h às 17 h. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

As UAls, que são unidades mistas, fazem atendimento ambulatorial na Atenção Básica e Pronto Atendimento funcionando 24 horas por dia todos os dias da semana. A atenção básica oferecida pelas UAls pode ser considerada precária, pois desconsidera a territorialização, o vínculo, o trabalho em equipe multiprofissional, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), fragmentando o cuidado médico (Clínica, GO e Pediatria), mesclando a atenção ambulatorial especializada com o modelo do Pronto Atendimento. O atendimento ambulatorial acontece das 7 h às 22 h, com a instalação do Horário do Trabalhador. O atendimento de emergência de Odontologia, também funciona das 7 h às 22 h de segunda a sexta. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Outra característica importante das UAls é que elas oferecem consultas especializadas, como: pronto atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia, atendimento ambulatorial de atenção primária de sua área de abrangência, assim como o atendimento de várias especialidades tais como, Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Urologia, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Dermatologia, Cardiologia, Angiologia, Nefrologia, Neurologia, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Serviço Social. Também são realizados exames de apoio diagnóstico de imagem e laboratório, dentre outros. Existem, ainda, os leitos para observação, sala de emergência e sala para pequenas intervenções cirúrgicas ambulatoriais. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

O município conta também com 9 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que oferecem apoio matricial de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educador físico e tutoria de médicos ginecologistas-obstetras, psiquiatras, pediatras em grande parte das ESF, além da tutoria de geriatria/clínica médica no setor Norte. Há atendimento de acupuntura em duas unidades dos Setores Oeste e Leste, integrando as atividades de Práticas Integrativas e Complementares, que já estão sendo ampliadas, inicialmente em todo Setor Leste. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

A Rede de Atenção à Saúde do município conta também com Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro e suas principais especialidades são: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, Unidade de Terapia Intensiva - UTI (Adulto e Neonatal) e Cuidados Intermediários, sendo o acesso regulado pela Central de Regulação Municipal. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Integrando a Rede de Atenção no Município e sendo também hospital de referência macrorregional em serviços de alta densidade tecnológica, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), incluindo o Hospital do Câncer e Hospital Odontológico, desenvolvem também ações de média densidade tecnológica e outras em atenção básica, disponibilizando seus serviços totalmente para o SUS. Mantém atendimento de urgência/emergência 24 horas em pronto-socorro. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

O município conta, também com Ambulatórios Especializados: 5 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (divididos em CAPS adultos, CAPS Álcool e Drogas e CAPS Infantil), Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas Herbert de Souza (AMIHS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Reabilitação Municipal (CEREM), Centro de Atenção ao Diabético (CAD), 2 Centros de Especialidades em Odontologia (CEO); Ambulatório de Oftalmologia, Ambulatório de Fonoaudiologia, Programa de Lesões Lábio Palatais. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c; 2015d).

Compondo a RAS existem Unidades de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) que prestam serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, contemplando as áreas de Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica,

Reiki, Auriculoterapia, Massoterapia e Meditação. Atuam na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. (UBERLÂNDIA, 2015d).

Completam a Rede de Atenção os hospitais privados contratados, onde são realizadas cirurgias cardíacas, cirurgia geral e em trauma-ortopedia, internações clínicas e UTI. Atualmente são os seguintes serviços privados contratados no Município. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c):

- Hospitais: Hospital Santa Catarina, Hospital Santa Marta, Clínica Infantil Dom Bosco;
- Clínicas de diálise: Instituto de Nefrologia, Instituto do Rim e Nefrologia do Triângulo;
- Clínicas de exames de alta densidade tecnológica: Centro de Tratamento Cálculo Renal - CTCR, Centro de Medicina Nuclear – CEMEN; Clínicas Oftalmológicas: ISO OLHOS - Instituto de Saúde Ocular, Hospital de Olhos do Brasil Central - HOBC, Oftalmo Clínica;
- Laboratórios de análise clínica e anatomia patológica: Laboratório Central, Laboratório de Patologia Clínica Eduardo Maurício, Laboratório de Anátomo Patologia Vichow, DIU e CHEKUP;
- Laboratórios de Histoimunocompatibilidade (transplante renal e medula óssea): LITU e Biogenetics;
- Clínicas de fisioterapia, saúde mental e outros: Consultórios Reunidos de Ortopedia, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, Associação de Assistência a Criança Deficiente – AACD, Clínica Jesus de Nazaré e Medcor.

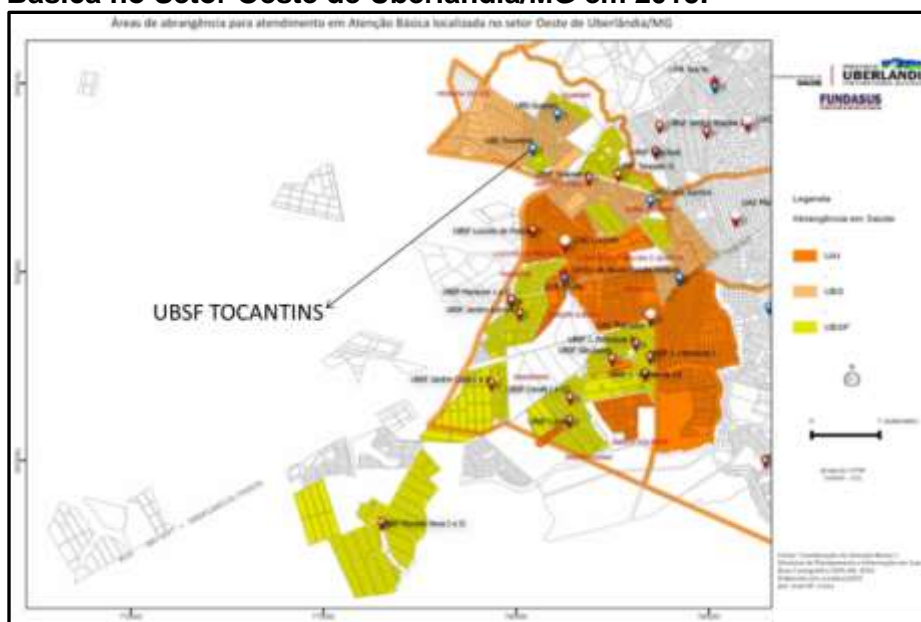
O município conta com o Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia (CMSU) encarregado de exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, fundo esse para onde são destinados os recursos a serem gastos com a saúde no Município. As reuniões do Conselho ocorrem sempre na última quarta-feira do mês às 19 horas, no Anfiteatro Cícero Diniz na Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU). (UBERLÂNDIA, 2013; 2015b)

1.4. Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins

A equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) **Tocantins**, compartilha o mesmo espaço junto com a Unidade Básica de Saúde (UBS) Tocantins e está sediada no Bairro de mesmo nome, na Rua Doutor Manoel Thomas Teixeira de Souza nº758 no município de Uberlândia/MG. Está cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com o número 2152479. (BRASIL, 2015c).

Situada no Setor Oeste de Uberlândia (Figuras 3), a UBSF Tocantins tem localização urbana e dista cerca de 9 Km do centro da cidade.

Figura 3. Áreas de abrangência para atendimento em Atenção Básica no Setor Oeste de Uberlândia/MG em 2015.



Fonte: SEPLAN – PMU (2015)

A área de abrangência da UBSF Patrimônio contempla parte do Bairro Tocantins e conta aproximadamente com 3330 moradores e atualmente está com 2675 cadastrados, correspondendo a 913 famílias.

Na região urbana do Setor Oeste esta UBSF (3330 habitantes) em conjunto com as UBS Tocantins (11209 habitantes) atinge a cobertura de 6,9% do total de 205.145 habitantes deste setor. (UBERLANDIA, 2015d).

A distribuição da população da área da UBSF Tocantins (Tabela 1) considerando a população estimada para 2014 tem-se 51% de mulheres (1682) e

49% de homens (1638) sendo que a faixa etária revela um predomínio de adultos jovens de 20 a 49 anos (48%) e 35% são menores de 20 anos.

Tabela 1 - Distribuição da População da área de abrangência da UBSF Tocantins segundo a faixa etária - Uberlândia/MG - 2014

Faixa Etária	No	%
Menor 1 ano	50	1,5
1 a 4 anos	201	6,0
5 a 9 anos	285	8,6
10 a 14 anos	303	9,1
15 a 19 anos	312	9,4
20 a 24 anos	278	8,3
25 a 29 anos	343	10,3
30 a 34 anos	306	9,2
35 a 39 anos	242	7,3
40 a 44 anos	217	6,5
45 a 49 anos	217	6,5
50 a 54 anos	178	5,3
55 a 59 anos	134	4,0
60 a 64 anos	97	2,9
65 a 69 anos	68	2,0
70 a 79 anos	69	2,1
80 a 89 anos	25	0,7
90 a 99 anos	4	0,1
100 anos ou +	0	0,0
Total	3330	100,0

Fonte: IBGE 2010 - População estimada 2014 – PMU/SMS

A população do Bairro Tocantins de acordo com o Censo Demográfico de 2010 tem uma taxa de alfabetização de 91,3 %. Apesar de não obter os dados estatísticos oficiais, na observação ativa da equipe identifica-se que é alta a taxa de desemprego e que os principais postos de trabalho são as Escolas, Centros de Saúde, Consultórios clínicos odontológicos e o Comércio. Em linhas gerais a população apresenta-se com um baixo nível de vida.

Atualmente a maior parte da área possui toda a infraestrutura básica: saneamento, rede elétrica, telefonia fixa, coleta pública de lixo em três vezes na semana e um “ecoponto” que é uma área para deposição de resíduos da construção civil ou de pequenas reformas, podas, etc. Existe, contudo, uma área não regularizada onde o esgoto corre a céu aberto.

O bairro é bem assistido pelo transporte público, as ruas são quase todas asfaltadas, bem sinalizadas, porém o bairro não tem semáforos, somente placas sinalizadoras, lombadas e faixa elevada, principalmente em frente às escolas. O comércio é bem dinâmico e diversificado, existem supermercados, farmácias, e inúmeras Igrejas (católicas, adventistas, protestantes).

O bairro apresenta deficiência de equipamentos públicos e comunitários. Merece destaque o sério problema ambiental pela ocupação irregular na Área de Preservação Permanente no Córrego do Cavalo e da ocupação do Parque Municipal Ganandi pelos usuários de drogas que utilizam o local para fazer uso de entorpecentes e até de moradia, com condições de higiene precárias e alto índice de violência. Nestes locais também há criação de animais, e mesmo existindo o “ecoponto” próximo do local ocorre despejo de entulhos e lixos, com frequente descarte de animais mortos deixando esta área insalubre e motivo de muita insatisfação dos moradores. Merece destaque que a violência é uma constante no bairro, até mesmo nas escolas, e o número de homicídios é alarmante.

Nesta área existem alguns equipamentos sociais, mas considerados insuficientes pela população ou mesmo pouco utilizados pela falta de manutenção e segurança. Existe um Poliesportivo com atividades de futebol, futsal e ginástica aeróbica (Movimenta Uberlândia, promovido pela FUTEL- Fundação Uberlandense do Turismo, Esporte e Lazer), faz parte também do Programa Cidade da Música com o evento “Integração no Bairro” dando visibilidade aos músicos do município. Existem também aqueles que podem ser utilizados mesmo se localizando fora da área de abrangência como a Praça Antônio Martins, com academia ao ar livre e aulas de Zumba ofertado as 2ª, 4ª e 6ª feiras à noite.

No Bairro Tocantins está localizada uma Escola Municipal de Educação Infantil (4 meses a 4 anos) recebendo as crianças em período de manhã, a tarde e integral; uma Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental (até o 5º ano), de manhã e tarde; uma Escola Estadual de ensino fundamental (6º ao 9º ano), médio d Educação de Jovens e Adultos (EJA), um Centro Educacional infantil (Creche particular). (UBERLÂNDIA, 2015c).

Existe no bairro o Posto de Policiamento Comunitário e o Conselho Comunitário de Segurança Pública, a Associação de Moradores do Bairro Tocantins e a Associação dos Moradores do Bairro residencial Talismã. (UBERLÂNDIA, 2015c).

Entre as morbidades mais frequentes que demandam cuidados para a UBSF Tocantins estão a Hipertensão e o Diabetes. Considerando-se a população cadastrada até o momento (2675 moradores) a prevalência de Hipertensão entre os adultos acima de 20 anos foi de 21%. Destes, 19% não estão controlados e a grande maioria (93%) tem Diabetes associado. Todos os 368 pacientes hipertensos são acompanhados na UBSF e constatou-se que 54% são obesos, 34% são tabagistas, 58% são sedentários e 70% estão dislipidêmicos.

Em relação ao atendimento das urgências e emergências em geral (Pronto Socorro) e atendimento de especialidades, a equipe da UBSF Tocantins têm como apoio a UAI Luizote.

Para o atendimento de pacientes acamados portadores de ostomias ou que necessitem de curativos mais complexos o Programa Melhor em Casa, realiza uma avaliação inicial desses usuários e compartilha com a equipe um plano de seguimento (com a Equipe de Referência ou pelo próprio Programa), mas até o momento não temos pacientes necessitando deste acompanhamento.

Os medicamentos são dispensados por uma farmácia existente na própria UBS Tocantins e pela farmácia de referência regional da UAI Luizote.

Os exames laboratoriais são colhidos em quase sua totalidade na própria UBS Tocantins e tem como apoio um posto de coleta do laboratório próximo à UAI Luizote que é a referência para a UBSF Tocantins. Caso solicitados exames radiológicos ou especialidades o próprio paciente encaminha o pedido junto à recepção da UBSF e os dados são inseridos no SIS-REG, um sistema de regulação de vagas.

Na UBSF Tocantins o registro dos pacientes é feito em Prontuário eletrônico, no sistema Esus além do prontuário familiar organizado por microárea e de um cartão de identificação pessoal o “Cartão SUS”. Conta ainda com um sistema de regulação de vagas para agendamento de especialidades e de exames complementares, o SIS-REG, que é um sistema de regulação de vagas no qual o usuário é registrado de acordo com uma classificação de risco que preconiza maior agilidade para os que necessitem de avaliações prioritárias. Essa classificação de sinais/sintomas e exames é acessada por Intranet, através dos protocolos (por especialidade e nome do exame) do SIS-REG.

Em relação ao sistema de transporte em saúde a UBSF Tocantins conta com os serviços da Central de Ambulância que disponibiliza 1 ambulância junto à UAI Luizote para o transporte de urgência e emergência e que pode ser solicitada pelo telefone 192. Existe também a possibilidade do transporte pelo serviço dos bombeiros que são chamados sempre quando há pacientes com transtornos mentais em surto psicótico. Está previsto a implantação do SAMU em Uberlândia ainda este ano.

Já para o transporte eletivo envolvendo eventos conhecidos e programáveis, atualmente é realizado para transporte de pacientes de atendimento ao portador de hanseníase, pé diabético e aos renais crônicos. O setor de transporte também atende as solicitações de serviços dos profissionais de saúde para o deslocamento dos mesmos na execução de suas atividades na rede municipal de saúde.

A UBSF Tocantins conta atualmente com 6 agentes comunitários, 1 médica do Programa Mais Médicos, 1 enfermeira e 1 técnica de enfermagem.

O horário de funcionamento da UBSF Patrimônio é de oito horas diárias, em dois períodos: das 07:00 às 11:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira.

Na UBSF Tocantins o processo de trabalho em equipe envolve a atenção à saúde, a vigilância, a abordagem dos grupos com maiores riscos de adoecimento assim como a atuação no território com vistas a melhorar a saúde com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. As equipes de saúde atendem a população através de Visitas domiciliares, Curativos/medicações; Grupos de Hipertensos e Diabéticos; Grupo de Gestantes; Farmácia; Consultas médicas; Cuidados de enfermagem; Saúde mental; Acolhimento da equipe de ESF; Atendimento básico de odontologia c/urgências; Laboratório; Consulta de nutrição e de psicologia; Marcação de consulta especializada; imunização.

A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

Os pacientes são acolhidos de acordo com a classificação de risco inicialmente pela recepção da unidade, fazendo o agendamento da consulta, se for o caso, ou pelo enfermeiro, que realiza a classificação do paciente encaminhando para consulta no mesmo dia, como demanda espontânea, conforme gravidade do caso. atendimentos mais complicados que exijam internações são encaminhados para a UAI Luizote.

A captação para consulta e agendamento também é realizada diretamente pelos ACS, que comunicam ao enfermeiro do agendamento para casos selecionados. A agenda programada divide dias de atendimento exclusivo para crianças, gestantes, diabéticos/hipertensos, visitas domiciliares e atendimento de grupos. Toda semana são realizados grupos e atendimento para os diabéticos e hipertensos.

As visitas domiciliares são organizadas segundo a maior necessidade e vulnerabilidade do paciente. Os Agentes de saúde discutem com a enfermeira da necessidade da visita e a mesma é feita pela equipe (médica, enfermeira e agente de saúde da microárea). A distribuição dos atendimentos durante os dias da semana estão no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição da agenda de atendimentos oferecidos na UBSF Tocantins em Uberlândia/MG em 2015.

TURNO	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
07:00 às 11:00	Pré natal	Puericultura	Hiperdia	Demanda espontânea	Estudo
13:00 às 17:00	Visita domiciliar	Demanda espontânea	Hiperdia	Reunião de Equipe	Estudo

Fonte: Equipe UBSF Tocantins (2016).

A identificação dos problemas da comunidade é essencial para o trabalho na atenção primária em saúde e objetiva promover ações para promover mudanças benéficas e necessariamente requer uma avaliação prévia das pessoas e do meio ambiente no qual elas estão inseridas. A participação da comunidade na identificação dos problemas favorece uma maior colaboração da população nos planos de intervenção comunitária.

A partir das informações obtidas da observação da comunidade, das entrevistas na comunidade com as pessoas líderes formal e não formal, das entrevistas com os profissionais da equipe de saúde, da vivência clínica, além do levantamento dos registros existentes alguns problemas foram identificados na área de atuação da UBSF Tocantins:

- Alta taxa de desemprego
- Violência
- Acúmulo de lixo nos lotes
- Alta prevalência de Hipertensos

- Alta prevalência de Diabéticos
- Uso indiscriminado de Inibidor de Bomba de Prótons (IBP)
- Uso indiscriminado de Benzodiazepínicos (BDZ)
- Queixas ortopédicas (lombalgia, artralguas, etc.)

Uma vez selecionados os problemas a equipe buscou identificar aquele que deveria ser priorizado para uma intervenção. Utilizando-se dos critérios “importância”, “urgência” e “capacidade de enfrentamento” pela equipe e comunidade, classificaram-se os problemas em ordem decrescente de prioridade (Quadro 2).

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Tocantins. Município Uberlândia. 2015

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial	ALTA.	7	PARCIAL	1
Alta prevalência de Diabéticos	ALTA.	6	PARCIAL	2
Uso indiscriminado de Benzodiazepínico	ALTA.	6	PARCIAL	3
Alta taxa de Desemprego	ALTA.	6	FORA	4
Violência	ALTA.	6	FORA	4
Acúmulo de Lixo nos lotes	ALTA.	5	PARCIAL	5
Uso indiscriminado de IBP*	ALTA.	5	PARCIAL	5
Alta frequência de Queixas ortopédicas (lombalgia; artralguas...)	ALTA.	4	PARCIAL	6

Fonte: Equipe de Saúde da Família – UBSF Tocantins (2016).

*Inibidor da bomba de prótons (Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol, etc.)

O problema priorizado para a elaboração de um plano de ação para a busca de soluções foi “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins, no município de Uberlândia/MG.

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, de evolução lenta e insidiosa, muitas vezes assintomática, mas permanente. Por tudo isso seu diagnóstico e tratamento costumam ser negligenciados, além da baixa adesão por parte do paciente. Entretanto, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis, com altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle. Como resultado a HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações como Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) além da doença renal crônica, compondo as principais causas de incapacidade e morte na atualidade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; BRASIL, 2013).

Na sua gênese estão identificados inúmeros fatores, desde etnia, sexo, idade, genético (fatores não modificáveis), tabaco, alimentação não saudável, inatividade física e o consumo nocivo de álcool (fatores modificáveis), além de determinantes sociais, ambientais e políticos, como cultura, educação, ocupação, renda.

Na área adstrita da UBSF Tocantins existe um grande número de pacientes hipertensos, levando a uma demanda significativa de consultas, onde muitos apresentam dificuldades de adesão ao tratamento e com fatores de risco que aumentam ainda mais a probabilidade de ocorrerem problemas cardiovasculares, os causadores de maior mortalidade no município.

Para conseguir melhorar a qualidade de vida destes usuários, são necessárias medidas que facilitem o acesso destes ao tratamento, prevenindo possíveis complicações, um bom entendimento da doença e de suas complicações, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento, a fim de melhorar a qualidade de vida destes usuários. Deste modo, considerando a existência de um alto percentual de hipertensos no território de abrangência da UBSF Tocantins, o risco que essas pessoas se encontram de desenvolverem complicações por vezes incapacitantes e até fatais e o caráter modificável da doença, necessário se faz a elaboração de um projeto de intervenção com objetivo de reduzir a prevalência de hipertensos nesta comunidade.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a prevalência de hipertensão arterial na população da área adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins em Uberlândia/ MG.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover hábitos e estilos de vida saudáveis, como caminhadas e orientação nutricional, melhorando a qualidade de vida das pessoas da área de abrangência da UBSF.
- Fortalecer ações de promoção da saúde e de prevenção do uso prejudicial do álcool e do tabaco.
- Informar e esclarecer os hipertensos e seus familiares sobre sua doença, favorecendo a redução do estresse e promovendo a corresponsabilidade do cuidado pelo indivíduo e pela família.
- Organizar o cuidado de acordo com a Linha Guia da Secretaria Estadual de Saúde-Programa Hipertensão Minas 2013 e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, buscando garantir projeto terapêutico adequado, vinculação entre cuidador e equipe, assim como a integralidade e a continuidade no acompanhamento.
- Implantar grupos de meditação (Atenção Plena) para apoio à superação do estresse tanto para os profissionais da saúde quanto para os hipertensos e seus familiares.
- Desenvolver e implementar estratégias para formação profissional e técnica na qualificação das equipes de saúde para abordagem da Hipertensão Arterial, incluindo a utilização de ferramenta de abordagem familiar e meditação.

4. METODOLOGIA

Este trabalho consiste na elaboração de um projeto de intervenção cujo tema é “Hipertensão Arterial Sistêmica”. O estudo foi realizado no ano 2015 na cidade de Uberlândia /MG, cuja população alvo foi a população adstrita à UBSF Tocantins.

O método utilizado foi o Método Simplificado de Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto por Campos, Farias e Santos (2010) que consistiu em três etapas: “Diagnóstico Situacional”, “Revisão de Literatura” e “Elaboração de um Plano de Ação”, traduzidas em 10 passos.

O primeiro passo consistiu no reconhecimento do território estudado, utilizando-se para o levantamento de dados a metodologia “Estimativa Rápida”, proposto por Campos, Farias e Santos (2010) que possibilitou identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, bem como o conhecimento das suas causas e consequências.

Os dados primários foram levantados em entrevistas com informantes chaves, funcionários mais antigos da unidade de saúde e moradores da comunidade, e também da observação ativa na vivência com a comunidade da área de atuação da UBSF Tocantins, nas consultas médicas, no acolhimento e em visitas domiciliares, observando-se os problemas de saúde mais prevalentes, adesão ao tratamento, hábitos e estilos de vida dos moradores, condições de moradia e nível de escolaridade, existência de famílias disfuncionais, dentre outras informações.

Em relação aos dados secundários para Uberlândia e para a UBSF Tocantins foram utilizados os registros existentes na UBSF e de outras fontes secundárias como: Dados do censo IBGE (BRASIL, 2015a), Dados IBGE Cidades@ (BRASIL, 2015b), Cadastro de Estabelecimento de Saúde (BRASIL, 2015c); site da Prefeitura Municipal de Uberlândia/MG (UBERLÂNDIA 2013, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d).

O segundo passo consistiu em priorizar o problema a ser enfrentado considerando que nem sempre há governabilidade e recursos para intervir em todos os problemas identificados. Elegeu-se aquele prioritário segundo os critérios de “importância”, “urgência” e “capacidade de enfrentamento” com a participação dos atores envolvidos apreciando as diferentes percepções e assim fortalecendo a

corresponsabilidade de cada um e dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade ao plano.

O terceiro e o quarto passo foi respectivamente a descrição e a explicação do problema priorizado, com o objetivo de entender a origem do problema a partir da identificação das suas causas.

Para fundamentar esta etapa foi realizada uma revisão bibliográfica na base de dados eletrônica no portal de periódicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais e no Scientific Electronic Library Online (SCIELO) através dos seguintes descritores: Atenção Primária de Saúde, Fatores de Risco, Hipertensão Arterial; Meditação. As palavras-chaves (e *key words*) foram definidas de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2014). Os artigos identificados nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o tema proposto. O recorte temporal procurou privilegiar artigos mais recentes e atualizados.

O quinto passo consistiu da seleção daquelas causas, chamadas de “nós críticos”, que estariam dentro da governabilidade dos atores responsáveis e que ao se interferir sobre elas repercutiriam sobre o problema principal, modificando-o.

O sexto passo foi o desenho das operações que teve como objetivo descrever ações para o enfrentamento dos “nós críticos”, bem como a identificação dos produtos, resultados e recursos necessários para a concretização de cada operação definida.

O sétimo passo consistiu na identificação dos recursos críticos que deverão ser consumidos em cada operação. A seguir, no oitavo passo, identificaram-se aqueles que controlam os recursos críticos e avaliou-se o seu provável posicionamento em relação ao problema, para em seguida definir operações/ações estratégicas para construir a viabilidade do plano.

O nono e o décimo passo consistiram respectivamente na elaboração do plano operativo e na gestão do plano.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, de evolução lenta e constante, com altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle, estando associada a importantes comorbidades e mortalidade cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo, portanto, um problema de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (CHOBANIAN, 2004 *apud* BRASIL, 2013, p.20)

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20% a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Em nível nacional, considera-se que 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana sejam determinadas pela HAS. (BRASIL, 2013).

Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%), aumentando a frequência com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2011, *apud* BRASIL, 2013 p.19)

A prevalência estimada de HAS em Minas Gerais, segundo a SES/MG é da ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos, destes 25% apresentam alto ou muito alto grau de risco, segundo estratificação de risco, sendo que as doenças do aparelho circulatório são o primeiro grupo de causa de óbitos (quase 1/3 da mortalidade) e o segundo grupo de causa de internação.(MINAS GERAIS, 2006).

Como já destacado, as complicações cardiovasculares decorrentes da HAS são as principais causas de internação e morte no Brasil e no mundo, destacando-se a doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP), nefropatia hipertensiva, retinopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico (AVE) entre outras doenças. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Além das mortes, muitas evitáveis e prematuras, destacam-se as sequelas e incapacidades deixadas por elas, além do sofrimento e do alto número de anos de vida perdidos. Goulart (2011) já referia que no Brasil apenas três Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o diabetes, a doença do coração e o acidente vascular cerebral, resultariam na perda de produtividade no trabalho e na diminuição da renda familiar levando a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.

Goulart (2011) destaca também as consequências das doenças crônicas para os indivíduos e as famílias, que podem impactar a economia por meio de seus efeitos não só sobre o consumo e a poupança (formação de capital) familiar, a produtividade e a oferta de trabalho, como também na educação dos indivíduos.

Em relação aos gastos com o tratamento de doenças crônicas, Goulart refere que:

O tratamento de doenças crônicas pode ser particularmente oneroso em países onde uma elevada percentagem de despesas totais de saúde é paga a partir do próprio bolso das famílias, ou seja, onde a participação governamental nas despesas com saúde é pequena. Agrava o problema o fato de que o gasto adicional com produtos que produzem vício ou adição, como o tabaco e o álcool, não só pode levar diretamente a problemas de saúde como afeta a capacidade familiar de manter constantes os seus níveis de consumo face às eventuais circunstâncias comprometedoras da saúde. (2011, p.15)

No que diz respeito à oferta e à produtividade do trabalho, Goulart esclarece que:

[...] as condições e doenças crônicas acarretam que menos pessoas se incluam na força de trabalho, com aposentadoria antecipada, obstáculos ao emprego e estigma. Neste aspecto, não faltam evidências de impactos negativos das DCNT e de seus fatores de risco no âmbito do mercado de trabalho, mostrando que as mesmas acarretam a redução da participação na força de trabalho, o quantitativo de horas trabalhadas, a maior rotatividade de empregos e as aposentadorias precoces, bem como o comprometimento dos salários, ganhos e posição alcançada. (2011, p.15)

E em relação às consequências das doenças crônicas sobre a educação, Goulart complementa:

[...] os custos de doenças crônicas impactam diretamente a educação. Evidências atuais, aliás, mostram que tais condições afetam diretamente o desempenho educacional, por exemplo, quando acarreta a morte de um dos pais, reduzindo a escolarização dos filhos menores. Há também estudos que revelam uma relação entre tabagismo materno e desenvolvimento cognitivo e comportamental prejudicado, o que por sua vez afeta o desempenho acadêmico das crianças. O uso abusivo de álcool também está relacionado a mau desempenho escolar, mesmo entre crianças e jovens de países desenvolvidos. Além disso, crianças com sobrepeso ou obesas são mais propensas a ter problemas de auto estima e isso também leva a ausências escolares. (2011, p.15)

Em países com Estado de Bem Estar Social bem alicerçado alguns desses efeitos são mitigados, entretanto, as consequências permanecem negativas em termos do impacto na oferta de trabalho, na produtividade, na educação e na acumulação de capital humano. (GOULART, 2011).

A HAS é considerada uma doença crônica de causas multifatoriais, destacando-se dentre seus fatores de risco: idade (aumento da prevalência com o envelhecimento), gênero e etnia (mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década; duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca), predisposição genética, sobrepeso e obesidade (associação com HAS desde idades jovens), ingestão de sal (ingestão excessiva de sódio leva a aumento da PA e a restrição de sódio tem efeito hipotensor), uso excessivo de álcool (ingestão de álcool por longos períodos de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral), o tabagismo (o risco é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação), sedentarismo (atividade física reduz a incidência de HAS, bem como a mortalidade e o risco de DCV), fatores socioeconômicos (difícil de se estabelecer sua influência; no Brasil há predomínio entre indivíduos com menor escolaridade). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; MINAS GERAIS, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde existe forte evidência correlacionando os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e fatores de risco (WHO, 2008). No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o

crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população ao desenvolvimento de doenças crônicas. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena e a população negra, quilombola, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga de doenças crônicas (SCHMIDT et al., 2011).

Lessa (2006) destacou que muitos dos fatores de risco para HAS são modificáveis o que a torna evitável em grande parte dos casos ou permite grandes chances de controle, se já estabelecida.

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

O Canadá é considerado o topo mundial na qualidade do acompanhamento dos usuários hipertensos. Com uma prevalência de 22% na população geral e 52% acima de 60 anos, 87% dos hipertensos foram diagnosticados, 82% dos pacientes fazem tratamento e 66% têm a HAS controlada. Esse sucesso no diagnóstico e tratamento das pessoas com hipertensão é atribuído à implementação de um sistema de Saúde baseado na Atenção Básica e ao The Canadian Hypertension Education Program, um programa de educação permanente dirigido aos profissionais da Atenção Básica (CAMPBELL et al, 2003, *apud* BRASIL, 2013, p.20).

O segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, acompanhamento e controle da HAS é Cuba, apresentando uma prevalência de HAS de 20%, com 78% destes são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de Atenção Básica, o controle da HAS sobe para 65%. Os bons resultados são atribuídos a vários fatores, incluindo a organização do sistema de Saúde a partir da Atenção Básica e à implementação desde 2001 de uma política nacional de atenção à saúde, com foco na diminuição dos indicadores de mortalidade por acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo de miocárdio (IAM). Essa política foi sustentada por um protocolo de práticas, objetivos e metas a serem alcançados, um sistema de informação que permite avaliação constante e a participação

significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos (ORDUÑEZ-GARCIA et al., 2006 *apud* BRASIL, 2013, p.20).

Em relação ao Brasil, comparando as frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em outros países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs.59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs.67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; MINAS GERAIS, 2013). Entretanto, estes indicadores ainda estão longe dos alcançados no Canadá e Cuba.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado. (BRASIL, 2013). Portanto, recomenda-se que a medida da pressão arterial seja obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes de ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados. (MINAS GERAIS, 2006). Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada [Grau de Recomendação A]. (BRASIL, 2013).

Em relação ao diagnóstico em adulto (18 anos ou mais), segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p.8) “a linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões”. Segundo as recomendações descritas no Caderno de Atenção Básica nº37,

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão. (BRASIL, 2013, p.31)

A linha Guia de Hipertensão Arterial de Minas Gerais, entretanto, recomenda a média de duas ou mais medidas aferidas em duas ou mais visitas ao consultório. (MINAS GERAIS, 2013).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) admite que os limites de pressão arterial considerados normais são arbitrários, entretanto, propõe valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos (Quadro 3), adotados também pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e pelo estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2013).

Quadro 3 - Classificação da Pressão Arterial (PA) de acordo com a medida casual no consultório em maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	igual ou > 180	igual ou > 110
Hipertensão sistólica isolada	igual ou > 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Limítrofe, pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na leitura..

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010.

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), problemas renais, entre outros. (BRASIL, 2013).

O tratamento farmacológico da PA tem como princípio além da redução dos níveis tensionais, a redução dos eventos cardiovasculares e conseqüentemente a

mortalidade. Para tanto são utilizados várias classe de medicamentos isoladamente ou em associações. A sua escolha deve levar em conta a eficácia, o número de tomadas diárias e ocorrência de possíveis efeitos colaterais. As principais classes utilizadas são os diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II e betabloqueadores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Com relação ao tratamento não medicamentoso, selecionou-se entre as recomendações consideradas pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010):

1. Controle do peso: perdas de peso e da circunferência abdominal, mesmo que modestas, correlacionam-se com reduções da PA e melhora das alterações metabólicas associadas. Entretanto, deve ser estimulada a meta proposta de índice de massa corporal-IMC menor que 25 kg/m^2 e a circunferência abdominal $< 102 \text{ cm}$ para os homens e $< 88 \text{ cm}$ para as mulheres);
2. Hábitos alimentares saudáveis: alimentos ricos em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da PA;
3. Redução do consumo de sal: Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA;
4. Redução da ingestão de álcool: Há associação entre a ingestão de álcool e alterações de PA dependentes da quantidade ingerida. Claramente, uma quantidade maior de etanol eleva a PA e está associada a maiores morbidade e mortalidade cardiovasculares.
5. Atividade física: Para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la.
6. Cessação do tabagismo: A cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das doenças

cardiovasculares e de diversas outras doenças, não havendo, entretanto, evidências de que, para o controle de PA, haja benefícios.

7. Controle do estresse psicossocial: Fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos. Meditação, musicoterapia, biofeedback, yoga, entre outras técnicas de controle do estresse, foram capazes de reduzir a PA de hipertensos.
8. Respiração lenta: A utilização da técnica de respiração lenta, com dez respirações por minuto por 15 minutos diários, com ou sem o uso de equipamentos, tem mostrado reduções da PA.

Entre os recursos não farmacológicos a Meditação vem ganhando força e aceitação nos últimos anos. Segundo Demarzo,

[...] a prática de meditação regular pode contribuir para a prevenção e tratamento de diversas doenças e de condições clínicas, principalmente crônicas não transmissíveis pela sua capacidade de melhorar a qualidade de vida e do estado de saúde e de reduzir os níveis prejudiciais de estresse. (2011, p.9)

Kabat-Zinn (1990) junto a outros colegas na Universidade de Massachusetts, Estados Unidos, desenvolveu um programa de redução de estresse, conhecido como Programa de Redução de Estresse Baseado em “Mindfulness” (traduzido como “Atenção Plena” ou “Mente Plena”). O MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction) trata-se de uma forma de intervenção estruturada, que comporta atividades presenciais (junto a um instrutor) e a distância, combinando técnicas simples de meditação, com intuito de auxiliar pessoas a lidarem melhor com as situações geradoras de estresse e depressão, problemas cardíacos, gastrointestinais, dermatológicos e hipertensão arterial. (KABAT-ZINN, 2003; CHAMBERS; LO; ALLEN, 2008)

Abbott et al (2014) realizou uma revisão sistemática e meta-análise de intervenção terapêutica do tipo “mindfulness” para pessoas com, ou em risco de doença vascular e confirmou as conclusões de outras revisões sistemáticas em populações com doenças somáticas e dor crônica, que a terapia mindfulness parece eficaz para ajudar com a depressão, ansiedade e estresse psicossocial.

Além disso, segundo Lawrence et al (2013), o MBSR também podem melhorar aspectos fisiológicos da doença vascular. E outros estudos randomizados controlados de intervenção MBSR demonstraram que o MBSR reduziram a pressão arterial em adultos de baixa renda (PALTA et al, 2012), e na comunidade de participantes com queixas relacionadas com o stress habitação (NYKLICEK et al, 2013).

No quadro 4 têm-se algumas modificações do estilo de vida e a respectiva redução aproximada da pressão arterial sistólica, apresentada pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Quadro 4 - Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica *

Modificação	Recomendação	Redução aproximada da PA **
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 Kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2g (5g de sal/dia) = no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3g + 2g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento	4 a 9 mmHg
*Associar abandono ao tabagismo para reduzir o risco cardiovascular. **Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.		

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010.

Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão reforçam a importância da contribuição de uma equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso, sendo considerado alto o grau de recomendação e o nível de evidência desta conduta no controle da PA. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Conforme já descrito, a HAS é uma doença crônica de evolução lenta, constante e na maior parte do seu curso assintomática, sendo seu diagnóstico e tratamento frequentemente negligenciado. Somam-se a estes fatos a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito culminando com sua alta prevalência e baixa taxa de controle. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; BRASIL, 2013).

A adesão ao tratamento é definida pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) e refere entre os determinantes para a não adesão ao tratamento a falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica; o baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa auto-estima; relacionamento inadequado com a equipe de saúde; tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço; custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis; Interferência na qualidade de vida após início do tratamento

Segundo Duarte (2010), entre os motivos alegados pelos pacientes em serviço de atenção primária para o abandono do tratamento, estão a mudança frequente de médico, o horário de funcionamento da unidade de saúde, o tempo de espera para ser atendido, a distância entre a moradia e o serviço. Também são relatados como motivo de abandono do tratamento a falta de apoio familiar, o número excessivo de comprimidos prescritos e a duração do tratamento. Apesar de se saber que o uso

abusivo de álcool e o seguimento do tratamento em outro serviço estes não são frequentemente relatados pelos pacientes como motivo de abandono de seguimento.

No Brasil, os desafios da prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB), que devem ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão. (BRASIL, 2013).

Recomenda ainda que as equipes devem ser multiprofissionais, cujo processo de trabalho considere o vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009 *apud* BRASIL, 2013, p 21).

A literatura sugere que fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho mudar as práticas em relação a esses problemas (BRASIL, 2013).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Na atenção primária em saúde a identificação dos problemas da comunidade é essencial para o trabalho na Estratégia Saúde da Família e objetiva promover ações para seu enfrentamento e melhoria da qualidade de vida da população.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi o método adotado para identificar e enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso. São etapas fundamentais no processo do planejamento a elaboração do diagnóstico situacional, a identificação/priorização dos problemas e a construção do plano de ação, sistematizadas em 10 passos descritos a seguir. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1. Primeiro Passo – Identificação dos Problemas

Depois de analisar o Diagnóstico Situacional já descrito anteriormente tivemos a oportunidade de discutir com os membros da equipe, e selecionar os principais problemas identificados em toda área de abrangência da UBSF Tocantins:

- Alta taxa de desemprego
- Violência
- Acúmulo de lixo nos lotes
- Alta prevalência de Hipertensos
- Alta prevalência de Diabéticos
- Uso indiscriminado de Inibidor de Bomba de Prótons (IBP)
- Uso indiscriminado de Benzodiazepínicos (BZD)
- Queixas ortopédicas (lombalgia, artralgias, etc.)

6.2. Segundo passo – Priorização dos problemas

Uma vez selecionados os problemas a equipe identificou aquele que deveria ser priorizado para uma intervenção. Utilizando-se dos critérios “importância”, “urgência” e “capacidade de enfrentamento” pela equipe e comunidade, os problemas foram classificados em ordem decrescente de prioridade (Quadro 5).

Quadro 5 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área adstrita da UBSF Tocantins – Uberlândia/MG – 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial	ALTA.	7	PARCIAL	1
Alta prevalência de Diabéticos	ALTA.	6	PARCIAL	2
Uso indiscriminado de Benzodiazepínicos	ALTA.	6	PARCIAL	3
Alta taxa de Desemprego	ALTA.	6	FORA	4
Violência	ALTA.	6	FORA	4
Acúmulo de Lixo nos lotes	ALTA.	5	PARCIAL	5
Uso indiscriminado de IBP*	ALTA.	5	PARCIAL	5
Alta frequência de Queixas ortopédicas (lombalgia; artralguas...)	ALTA.	4	PARCIAL	6

Fonte: Equipe de Saúde da Família – UBSF Tocantins.

*Inibidor da bomba de prótons (Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol, etc.)

Foram citados vários problemas, mas sendo consenso geral da equipe, os pacientes hipertensos. Estes foram os que ganharam maior destaque devido ao grande número e a dificuldade de controle adequado.

Apesar de grande esforço para otimização do tratamento destes pacientes, através de consultas, no mínimo duas consultas anuais, grupos operativos, informações e instruções durante as consultas, este ainda é um grande problema enfrentado por todos.

O problema priorizado para a elaboração de um plano de ação para a busca de soluções foi “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do Tocantins, no município de Uberlândia/MG.

6.3. Terceiro passo – descrição do problema

Para afastar dúvidas diante do que realmente se quer enfrentar e para identificar indicadores que poderão ser utilizados para avaliar o impacto alcançado

pelo plano realizou-se o terceiro passo que se refere à descrição do problema “priorizado”.

A hipertensão é sem sombra de dúvidas o maior problema enfrentado pela ESF e seus usuários. Existe um grande número de pacientes hipertensos em nossa área, levando a uma demanda significativa de consultas, onde muitos apresentam dificuldade de adesão ao tratamento e com fatores que aumentam ainda mais o risco de problemas cardiovasculares, maiores responsáveis pela mortalidade no município.

O quadro abaixo (Quadro 6) ilustra em números a quantidade de pacientes hipertensos cadastrados e alguns fatores de risco encontrados nessa população.

Quadro 6 - Descritores do problema “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na população adstrita da UBSF Tocantins - Uberlândia/MG - 2015.

Indicadores	Valores	Fontes
Hipertensos Cadastrados	368	SIS-AB
Hipertensos Confirmados	368	Dados da Equipe
Hipertensos Acompanhados	368	Dados da Equipe
Hipertensos Controlados	300	Dados da Equipe
Hipertensos Diabéticos	278	Dados da Equipe
Hipertensos Obesos	200	Dados da Equipe
Hipertensos Tabagistas	125	Dados da Equipe
Hipertensos Sedentários	215	Dados da Equipe
Hipertensos dislipidêmicos	256	Dados da Equipe

Fonte: Equipe UBSF Tocantins 2015.

Como metas a serem alcançadas com a implementação das ações do Projeto de Intervenção podemos considerar também aquelas propostas pelo Ministério da Saúde para o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT no Brasil. (BRASIL, 2011):

- Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano.
- Reduzir a prevalência de obesidade em crianças.
- Reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes.
- Deter o crescimento da obesidade em adultos.
- Reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool.
- Aumentar a prevalência de atividade física no lazer.

- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças.
- Reduzir o consumo médio de sal.
- Reduzir a prevalência de tabagismo em adultos.

6.4. Quarto passo – explicação do problema

O meio em que o indivíduo vive e o modo de viver das pessoas determina, muitas vezes, o estado de saúde do indivíduo. Os pacientes hipertensos, são a prova de que os fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente ligados ao desfecho da doença. Fatores como hábitos de vida, nível de informação (conhecimento sobre a doença, sobre seus direitos sociais) e pressão social (desemprego, precárias condições de trabalho, baixa renda, violência), que podem levar ao sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dentre outros fatores e que prejudicam o tratamento, controle e prevenção de doenças e a promoção da saúde destas pessoas.

O modelo de desenvolvimento econômico social reflete não só nos hábitos e estilos de vida, níveis de pressão social e níveis de informação da população como também nas concepções das Políticas Públicas, refletindo também no Modelo Assistencial na Saúde. Estruturas de serviços de saúde e processo de trabalho inadequado podem estar relacionadas à “Alta Prevalência de Hipertensão Arterial”, seja pela falta de protocolos, de apoio diagnóstico, de assistência farmacêutica adequada, referência e contra referência falhas ou inexistentes, deficiente capacitação dos profissionais, falha na rede de urgência, dificuldades de acesso, etc.

Para melhorar a qualidade de vida destes usuários, são necessárias medidas que facilitem o acesso destes ao tratamento, prevenindo possíveis complicações; o bom entendimento da doença e de suas complicações, aumentando a adesão ao tratamento. Na vivência cotidiana, podemos observar o paradoxo do abandono do tratamento devido ao bom controle pressórico, onde por falta de informação os pacientes julgam estar curados da doença, interrompendo o tratamento.

Está clara a necessidade de medidas que visem instruir os pacientes hipertensos adstritos à UBSF Tocantins, quanto aos fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, a fim de melhorar a qualidade de vida destes usuários.

A explicação da “Alta Prevalência de Hipertensão Arterial” está sintetizada no esquema apresentado a seguir (Figura 4).

Neste esquema podem-se observar em sua explicação, determinantes mais gerais (modelo de desenvolvimento econômico e social, políticas públicas) e determinantes mais imediatos (hábitos e estilos de vida, pressão social, causas genéticas, resposta do sistema de saúde).

Entre as várias causas descritas na Figura 4, destacam-se:

- ✓ Hábitos de vida inadequados: tabagismo, uso abusivo de álcool, alimentação inadequada, sedentarismo, etc.
- ✓ Desemprego / Precárias condições de trabalho
- ✓ Violência
- ✓ Baixa renda
- ✓ Falta de conhecimento da população sobre a doença
- ✓ Baixa adesão ao tratamento
- ✓ Não utilização dos protocolos clínicos
- ✓ Falta de consultas periódicas
- ✓ Deficiência no apoio diagnóstico
- ✓ Referência e Contra referência falhas ou inexistentes
- ✓ Deficiente capacitação dos profissionais

6.5. Quinto passo: seleção dos "nós críticos".

Após a análise dos determinantes relacionados à Hipertensão Arterial descritos anteriormente, procedeu-se à identificação dos “nós críticos”, ou seja, selecionou-se entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema que quando “atacada” teria impacto sobre o problema principal, sendo capaz de efetivamente transformá-lo. Outra característica importante para a seleção destes “nós críticos” foi de estarem dentro do espaço de governabilidade dos atores responsáveis, ou seja, que se tenha capacidade de enfrentamento.

Os “nós críticos” selecionados pela equipe para o enfrentamento do problema da “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na UBSF Tocantins foram:

- ✓ Falta de conhecimento da população sobre a doença: baixa adesão ao tratamento

- ✓ Hábitos de vida inadequados: tabagismo, uso abusivo de álcool, alimentação inadequada, sedentarismo.
- ✓ Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema: acompanhamento inadequado, não utilização de alternativas de tratamentos não medicamentosos; atenção voltada para a doença; não utilização de ferramentas de abordagem familiar.

6.6. Sexto passo: desenho das operações

O sexto passo consistiu no desenho das operações, que segundo Campos, Faria e Santos (2010) tem como objetivo descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os resultados e produtos esperados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Através de reuniões e oficinas de capacitação, os integrantes da Equipe de Saúde da Família serão treinados e instruídos tendo como referência a Linha Guia da Secretaria Estadual de Saúde - Programa Hipertensão Minas 2013 (MINAS GERAIS, 2013) e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão ((SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), a fim de conseguirem abordar de forma mais segura e concisa os pacientes hipertensos, incluindo as possibilidades do tratamento medicamentoso e não medicamentoso (incluindo a meditação “Atenção Plena”) e de ferramentas de abordagem familiar. Destaca-se a importância de incluir o rastreamento das subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, de sedentários, de usuários excessivos de álcool, com alimentação inadequada, ou seja, subpopulações com fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabete Melito (DM).

Será realizado um levantamento e classificação de risco dos pacientes hipertensos (seja nas consultas individuais ou nos grupos operativos) para melhor organização da agenda e priorização segundo os critérios de risco.

Após a capacitação dos profissionais, será montado um grupo operativo, composto pelos profissionais da saúde, usuários hipertensos e familiares próximos. A inclusão dos familiares tem o propósito de aumentar o conhecimento da família sobre o cuidado do hipertenso e da necessidade de prevenir a doença entre eles,

fortalecendo o emponderamento do cuidado. Serão realizadas reuniões quinzenais nos três primeiros meses e posteriormente passarão a ser mensais. O grupo visa melhorar o entendimento dos pacientes quanto à hipertensão, promovendo discussões a respeito da doença, relatos de vivências e informações através de palestras, vídeos, cartazes, além de estimular a prática de atividade física e incluir um nutricionista que dará informações sobre a alimentação adequada e saudável para estes pacientes.

A criação de grupos de meditação tem o propósito de auxiliar não apenas os pacientes e familiares no controle do estresse e da ansiedade como também os próprios profissionais de saúde, melhorando a interação com os pacientes e entre a equipe.

Além dos grupos operativos, para que as atividades educativas tenham uma maior abrangência na população propõe-se um programa de educação para uma vida mais saudável na rádio comunitária, reuniões comunitárias educativas com divulgação de folhetos e publicidade volante.

Diante da necessidade de superação dos vícios do uso abusivo do álcool e do tabaco propõe-se uma maior articulação com a rede de apoio para superação do abuso de bebidas alcoólicas e a implantação do Programa “Livre de Tabaco” na UBSF. Neste sentido, propõe-se a capacitação dos ACS e líderes formais e informais, como apoiadores para capitação e continuidade destes doentes no programa.

Para vencer o sedentarismo e a obesidade foi proposto o programa de caminhada, com orientação de um educador físico e com orientação Nutricional para uma alimentação mais saudável. O grupo contará também com o apoio da enfermeira e da médica para avaliação das condições gerais para a realização do exercício físico, com medida da tensão arterial antes e depois da atividade.

No quadro 7 está sistematizado o desenho das operações para o enfrentamento dos “nós críticos” relacionados a “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na UBSF Tocantins.

Quadro 7 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema: “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins - Uberlândia/MG - 2015.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Processo de	Cuidar	100% dos	Levantamento	Organizacional:

<p>trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema: acompanhamto inadequado, não utilização de alternativas de tratamentos não medicamentosos; atenção voltada para a doença; não utilização de ferramentas de abordagem familiar.</p>	<p>Melhor</p> <p>Organizar o cuidado de acordo com a Linha Guia da Secretaria Estadual de Saúde – Programa Hiperdia Minas 2013 e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.</p> <p>Capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado e prevenção da hipertensão, incluindo a utilização de ferramenta de abordagem familiar.</p> <p>Capacitação de profissionais da saúde para condução de grupos de meditação (Atenção Plena).</p>	<p>pacientes acompanhados segundo os protocolos da Linha Guia/ VI Diretriz Brasileira de Hipertensão.</p> <p>Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade.</p> <p>Oferecer uma alternativa para tratamento não medicamento so para superação do estresse.</p>	<p>e classificação de risco dos hipertensos.</p> <p>Implantação dos Protocolos da Linha Guia para o cuidado dos pacientes hipertensos.</p> <p>Capacitação da equipe para o manejo adequado dos pacientes hipertensos.</p> <p>Criação de grupos de meditação (Atenção Plena): controle da ansiedade, estresse.</p>	<p>reorganização do processo de trabalho.</p> <p>Cognitivo: conhecimento da Linha Guia/VI Diretriz; conhecimento sobre utilização da meditação.</p> <p>Político: articulação da rede assistencial.</p> <p>Financeiro: disponibilidade de consultas especializadas e apoio diagnóstico; materiais necessários e de local adequado para as atividades de relaxamento.</p>
<p>Falta de conhecimento da população sobre a doença: baixa adesão ao tratamento.</p>	<p>Conhecer Melhor</p> <p>Oferecer informação e esclarecimento sobre a Hipertensão Arterial (seus determinantes, prevenção de complicações, tratamentos possíveis, comorbidades).</p>	<p>Melhorar o conhecimento dos doentes crônicos sobre suas doenças favorecendo a redução do estresse e promovendo a corresponsabilidade do cuidado pelo indivíduo e pela família.</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos e medidas de prevenção e controle da HA;</p> <p>Reuniões comunitárias educativas e divulgação de folhetos.</p> <p>Realização de grupos operativos com envolvimento dos familiares e/ou sala de</p>	<p>Organizacional: organizar a agenda e pessoal para os grupos operativos e/ou sala de espera.</p> <p>Político: mobilização social e articulação multidisciplinar; adesão dos doentes.</p> <p>Cognitivo: conhecimento sobre Hipertensão Arterial (seus determinantes, prevenção de complicações, tratamentos possíveis, e comorbidades); conhecimento de</p>

			<p>espera.</p> <p>Longitudinalidade de no cuidado dos hipertensos.</p> <p>Corresponsabilização do cuidado pelo indivíduo e pela família.</p>	<p>métodos participativos de educação para adultos.</p> <p>Financeiro: aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários.</p>
<p>Hábitos e estilos de vida inadequados (uso abusivo de álcool, tabagismo, sedentarismo, má alimentação)</p>	<p>Melhor Saúde</p> <p>Promover hábitos e estilos de vida mais saudáveis.</p>	<p>Melhorar o conhecimento da população sobre as consequências do abuso de bebidas alcoólicas e sobre as redes de apoio disponíveis para a superação do vício.</p> <p>Superar o tabagismo.</p> <p>Reduzir o sedentarismo.</p> <p>Alimentação mais saudável.</p>	<p>Programas de educação para uma vida mais saudável: rádio comunitária; publicidade volante; grupos operativos na UBSF.</p> <p>Maior articulação com a rede de apoio para superação do abuso de bebidas alcoólicas.</p> <p>Implantar o Programa “Livre de Tabaco” na UBSF.</p> <p>Programa de caminhada.</p> <p>Orientação Nutricional.</p> <p>Capacitação dos ACS e líderes formais e informais.</p>	<p>Organizacional: seleção dos temas para a Rádio; organização da agenda para os grupos operativos e atividades de campo; organização dos panfletos/cartilhas.</p> <p>Cognitivo: informações sobre o tema e capacitação do pessoal encarregado das atividades; conhecimento e capacitação sobre estratégias de comunicação.</p> <p>Político: conseguir espaço na rádio comunitária; mobilização social e articulação intersetorial para a caminhada; articulação com as redes de apoio (presidência dos AA, CAPS AD, CREAS) para expansão do projeto.</p> <p>Financeiro: garantia dos medicamentos para superação do tabagismo; aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários.</p>

6.7. Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O sétimo passo consistiu na identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das atividades das operações, constituindo uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. Segundo Campos, Faria e Santos (2010) são considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para execução de uma operação e que não estão disponíveis e por isso mesmo é muito importante que a equipe tenha clareza de quais são, para criar estratégias para viabilizá-los.

Os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” estão descritos no Quadro 8.

Quadro 8 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema: “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins - Uberlândia/MG - 2015.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Cuidar Melhor	<p>Organizacional: reorganização do processo de trabalho.</p> <p>Cognitivo: conhecimento da Linha Guia/VI Diretriz; conhecimento sobre utilização da meditação.</p> <p>Político: articulação da rede assistencial.</p> <p>Financeiro: disponibilidade de consultas especializadas e apoio diagnóstico; materiais necessários e de local adequado para as atividades de relaxamento.</p>
Conhecer Melhor	<p>Organizacional: organizar a agenda e pessoal para os grupos operativos e/ou sala de espera.</p> <p>Financeiro: aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários</p>
Melhor Saúde	<p>Político: conseguir espaço na rádio comunitária com apoio das figuras políticas; mobilização social e articulação intersetorial para a caminhada; articulação com as redes de apoio (presidência dos AA, CAPS AD, CREAS) para expansão do projeto.</p> <p>Financeiro: garantia dos medicamentos para superação do tabagismo; aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários.</p>

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.8. Oitavo passo: análise de viabilidade

O oitavo passo leva em consideração que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano, necessitando assim analisar sua viabilidade identificando os atores que controlam recursos críticos, avaliando a motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos para, então, desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação. A motivação de um ator pode ser classificada como “favorável” quando concorda em colocar o recurso crítico à disposição para o ator que está planejando, “indiferente” quando ainda não está claro se fará oposição ou não à utilização do recurso e “contrária” quando manifesta oposição ativa à utilização do recurso. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A seguir apresenta-se no Quadro 9 o desenho das ações para motivação dos atores e viabilização das operações.

Quadro 9 – Propostas de ações para motivação dos atores e viabilização das operações para os “recursos críticos” do problema: “Alta prevalência de Hipertensão arterial” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins – Uberlândia/MG - 2015.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Cuidar Melhor	Organizacional: reorganização do processo de trabalho. Cognitivo: conhecimento da Linha Guia/VI Diretriz; conhecimento sobre utilização da meditação. Político: articulação da rede assistencial. Financeiro: disponibilidade de consultas especializadas e apoio diagnóstico; materiais necessários e de local adequado para as atividades de relaxamento.	Enfermeira, Médica, Educador Físico, Nutricionista, Psiquiatra UFU (meditação) Secretaria Municipal de Saúde	Favorável Favorável Favorável Indiferente Indiferente	Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições e dos profissionais (psicólogos, assistente social, farmacêutico, educador físico, nutricionista, psiquiatra-UFU).
Conhecer Melhor	Organizacional: organizar a agenda e pessoal para os grupos operativos e/ou sala de espera. Financeiro: aquisição de folhetos educativos e outros	Enfermeira, Médica, Educador físico, Nutricionista, ACS.	Favoráveis Indiferente	Buscar apoio interdisciplinar (educador físico, nutricionista, assistente social) Apresentar o

	recursos materiais necessários	Setor de Comunicação Social, Secretaria Municipal de Saúde		projeto e buscar apoio das instituições e dos profissionais.
Melhor Saúde	<p>Político: conseguir espaço na rádio comunitária com apoio das figuras políticas; mobilização social e articulação intersectorial para a caminhada; articulação com as redes de apoio (presidência dos AA, CAPS AD, CREAS) para expansão do projeto.</p> <p>Financeiro: garantia dos medicamentos para superação do tabagismo; aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários.</p>	<p>Enfermeira, Médica, Assistente Social, ACS, líderes comunitários.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Favoráveis.</p> <p>Indiferente.</p>	<p>Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições e dos profissionais.</p> <p>Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições e dos profissionais.</p>

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.9. Nono passo: elaboração do plano operativo

Para garantir que as operações sejam executadas de forma coerente e de acordo com o cronograma previsto, o nono passo tem o objetivo de definir os prazos para a execução das ações e os responsáveis por acompanhar cada uma das operações estratégicas.

A seguir (Quadro 10) estão descritas as ações com seus respectivos responsáveis e os prazos para a execução.

Quadro 10 - Plano operativo para o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins - Uberlândia/MG - 2015.

Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazos
Cuidar Melhor Organizar o cuidado de acordo com a Linha Guia da Secretaria	100% dos pacientes acompanhado s segundo os protocolos da Linha Guia/ VI Diretriz Brasileira de	Levantamento e classificação de risco dos hipertensos. Implantação dos Protocolos da Linha Guia	Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições e dos profissionais (psicólogos,	Enfermeira Médica Educador Físico Nutricionist	3 meses

<p>Estadual de Saúde – Programa Hipertensão Minas 2013 e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.</p> <p>Capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado e prevenção da hipertensão, incluindo a utilização de ferramenta de abordagem familiar.</p> <p>Capacitação de profissionais da saúde para condução de grupos de meditação (Atenção Plena).</p>	<p>Hipertensão.</p> <p>Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade.</p> <p>Oferecer uma alternativa para tratamento não medicamentoso para superação do estresse.</p>	<p>para o cuidado dos pacientes hipertensos.</p> <p>Capacitação da equipe para o manejo adequado dos pacientes hipertensos.</p> <p>Criação de grupos de meditação (Atenção Plena): controle da ansiedade, estresse.</p>	<p>assistente social, farmacêutico, educador físico, nutricionista, psiquiatra-UFU).</p>	<p>a</p>	
<p>Conhecer Melhor</p> <p>Oferecer informação e esclarecimento sobre a Hipertensão Arterial (seus determinantes, prevenção de complicações, tratamentos possíveis, comorbidades).</p>	<p>Melhorar o conhecimento dos doentes crônicos sobre suas doenças favorecendo a redução do estresse e promovendo a corresponsabilidade do cuidado pelo indivíduo e pela família.</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos e medidas de prevenção e controle da HA;</p> <p>Reuniões comunitárias educativas e divulgação de folhetos.</p> <p>Realização de grupos operativos com envolvimento dos familiares</p>	<p>Buscar apoio interdisciplinar (educador físico, nutricionista, assistente social).</p> <p>Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições e dos profissionais.</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Médica</p> <p>Educador Físico</p> <p>Nutricionista</p> <p>ACS</p>	<p>4 meses</p>

		<p>e/ou sala de espera.</p> <p>Longitudinalidade no cuidado dos hipertensos.</p> <p>Corresponsabilização do cuidado pelo indivíduo e pela família.</p>			
<p>Melhor Saúde</p> <p>Promover hábitos e estilos de vida mais saudáveis.</p>	<p>Melhorar o conhecimento da população sobre as consequências do abuso de bebidas alcoólicas e sobre as redes de apoio disponíveis para a superação do vício.</p> <p>Superar o tabagismo.</p> <p>Reduzir o sedentarismo.</p> <p>Alimentação mais saudável.</p>	<p>Programas de educação para uma vida mais saudável: rádio comunitária; publicidade volante; grupos operativos na UBSF.</p> <p>Maior articulação com a rede de apoio para superação do abuso de bebidas alcoólicas.</p> <p>Implantar o Programa “Livre de Tabaco” na UBSF.</p> <p>Programa de caminhada.</p> <p>Orientação Nutricional.</p> <p>Capacitação dos ACS e líderes formais e informais.</p>	<p>Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições e dos profissionais.</p> <p>Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições e dos profissionais.</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Médica</p> <p>Educador Físico</p> <p>Nutricionista</p> <p>ACS</p>	4 meses

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.10. Décimo passo: gestão do plano

O décimo passo consiste em elaborar um sistema de gestão do plano capaz de coordenar e acompanhar a execução das operações, procurando garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores, indicando as correções de rumo que se fizerem necessária. Torna-se, portanto, uma etapa crucial para o sucesso do processo de planejamento e não deve ser negligenciada. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O plano de ação proposto está em construção e ainda não iniciou sua execução, contudo para contemplar esta importante etapa de gestão do plano temos a planilha que será utilizada para acompanhamento da execução das operações no Quadro 11.

Quadro 11 - Gestão do plano das ações para o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Tocantins - Uberlândia/MG - 2015.

<p>Cuidar Melhor: Organizar o cuidado de acordo com a Linha Guia da Secretaria Estadual de Saúde –Programa Hiperdia Minas 2013 e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.</p> <p>Capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado e prevenção da hipertensão, incluindo a utilização de ferramenta de abordagem familiar.</p> <p>Capacitação de profissionais da saúde para condução de grupos de meditação (Atenção Plena).</p>					
Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
<p>Levantamento e classificação de risco dos hipertensos.</p> <p>Implantação dos Protocolos da Linha Guia para o cuidado dos pacientes hipertensos.</p> <p>Capacitação da equipe para o manejo adequado dos pacientes hipertensos.</p> <p>Criação de grupos de meditação</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Médica</p> <p>Educador Físico</p> <p>Nutricionista</p>	3 meses			

(Atenção Plena): controle da ansiedade, estresse.					
Conhecer Melhor: Oferecer informação e esclarecimento sobre a Hipertensão Arterial (seus determinantes, prevenção de complicações, tratamentos possíveis, comorbidades)					
Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
<p>Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos e medidas de prevenção e controle da HA;</p> <p>Reuniões comunitárias educativas e divulgação de folhetos.</p> <p>Realização de grupos operativos com envolvimento dos familiares e/ou sala de espera.</p> <p>Longitudinalidade e no cuidado dos hipertensos.</p> <p>Corresponsabilização do cuidado pelo indivíduo e pela família.</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Médica</p> <p>Educador Físico</p> <p>Nutricionista</p> <p>ACS</p>	4 meses			
Melhor Saúde: Promover hábitos e estilos de vida mais saudáveis.					
Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
<p>Programas de educação para uma vida mais saudável: rádio comunitária; publicidade volante; grupos operativos na</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Médica</p> <p>Educador Físico</p> <p>Nutricionista</p>	4 meses	4 meses		

UBSF. Maior articulação com a rede de apoio para superação do abuso de bebidas alcoólicas. Implantar o Programa “Livre de Tabaco” na UBSF. Programa de caminhada. Orientação Nutricional. Capacitação dos ACS e líderes formais e informais.	a ACS				
---	--------------	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Planejamento Estratégico Situacional permitiu identificar coletivamente relevantes problemas vivenciados pela população adstrita da UBSF Tocantins em Uberlândia, possibilitando a priorização para seu enfrentamento de maneira mais organizada e sistematizada.

Inúmeros fatores desencadeantes e/ou agravantes do problema “alta prevalência de Hipertensão Arterial” foram identificados e como resultado deste processo foram propostas para seu enfrentamento as operações “Cuidar Melhor”, “Conhecer Melhor” e “Melhor Saúde”, compondo o Plano de Intervenção apresentado.

Ficou clara em nosso meio, a necessidade de capacitação da equipe para reestruturação do processo de trabalho e de medidas para instruir os pacientes hipertensos quanto aos fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, a fim de melhorar a qualidade de vida destes usuários. Evidenciou-se também o relevante papel da equipe de saúde da família no contexto de educação em saúde e da abordagem multidisciplinar.

Com a implantação deste plano de ação a equipe da UBSF Tocantins espera melhorar a abordagem e os cuidados aos pacientes Hipertensos, prevenindo complicações e também a prevenção de novos casos.

Merece destaque a iniciativa da proposição de introduzir a meditação (Atenção Plena) como potente ferramenta para o controle do estresse, desmistificando as barreiras para seu exercício e capacitando o indivíduo para a autonomia da sua prática.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, R.A. et al . Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Journal of Psychosomatic Research**. n.76, p.341–351, 2014.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br> Acesso em 20 jun. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Censo2010**. Brasília [online], 2015a. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/pt/> > Acesso em 13 jun. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília [online], 2015b. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> > Acesso em 13 jun.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde - Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES**. 2015c. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br> > Acesso em: 12 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.160 p.(Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 30 out. 2012.

CAMPBELL, N.R.C. et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension**, USA, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2003.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHAMBERS, R.; YEE LO, B.C.; ALLEN, N.B. The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. **Cognitive. Therapy and Research**, v.32, p. 303-322, 2008.

CHOBANIAN, 2004 CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **JAMA**, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003.

DEMARZO, M.M.P. **Meditação aplicada à saúde**. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade.1 ed. Porto Alegre-RS: Artmed Panamericana Editora, v.6, p. 1-18, 2011.

DUARTE, M.T.C. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**.n.15, v.5, p.2603-2610, 2010.

GOULART, F.A.de A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília-DF, 2011.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC**. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

KABAT-ZINN, J. **Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness**. Estados Unidos: Bantam Dell, 1990. 471 p.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). **Construct Hum Sci**. v.8, p.73-107, 2003.

LAWRENCE ,M. et al. A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke. **Int J Stroke**. n.8, p.465–474, 2013.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Bahia, v.13, n.1, p.39-46, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. – 2. ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

NYKLICEK, I. et al. Mindfulness-based stress reduction and physiological activity during acute stress: a randomized controlled trial. **Health Psychol**. n.32, p. 1110–1113, 2013.

PALTA, P. et al. Evaluation of a mindfulness-based intervention program to decrease blood pressure in lowincome African-American older adults. **J Urban Health**. n.89, p.308–316, 2012.

SCHMIDT, M. I. et al. Health in Brazil. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, n.377, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. n. 95, (1 supl.1), p. 1-51, 2010.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Banco de Dados Integrados de Uberlândia (BDI) 2015**. Uberlândia, 2015a, v.1, 65 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Banco de Dados Integrados de Uberlândia (BDI) 2015**. Uberlândia, 2015b, v.3, 74 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Caderno Informativo: Políticas Públicas Sociais Setoriais da Rede do Município de Uberlândia**. Uberlândia, 2015c, 201 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Áreas de Abrangência 2015**. Uberlândia, 2015d, 20 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde-SMS. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Uberlândia, 2013, 98 p.

WHO. Closing the gap in generation health equality through action on the social determinants of health. **Commission on Social determinants of Health Final report**. Geneva: World Health Organization, 2008