

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUIS RODRIGUEZ PEREZ**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O ATENDIMENTO DAS PESSOAS  
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELDORADO II,  
MONTES CLAROS, MINAS GERAIS.**

**Montes Claros/MG**

**2016**

**LUIS RODRIGUEZ PEREZ**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O ATENDIMENTO DAS PESSOAS  
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELDORADO II,  
MONTES CLAROS, MINAS GERAIS.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

**Montes Claros/MG**

**2016**

**LUIS RODRIGUEZ PEREZ**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O ATENDIMENTO DAS PESSOAS  
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELDORADO II,  
MONTES CLAROS, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Agma Leozina Viana Souza – Orientadora

- Examinador

Aprovado em Belo Horizonte,        de 2016

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Essa condição clínica tornou-se problema de saúde pública pelo impacto econômico e ônus que acarreta no sistema social e de saúde, refletindo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. No Brasil, a prevalência da HAS é da ordem de 10% a 20% da população. Desse modo, somam-se entre 15 a 30 milhões de indivíduos hipertensos. A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (DBHA) endossa a importância da mudança no estilo de vida como principal estratégia para prevenção da HAS. Essa Diretriz, acrescenta que as políticas públicas de saúde devem enfatizar o diagnóstico precoce, a oferta dos medicamentos de uso contínuo, além de protocolos assistenciais de monitoramento da pressão arterial e controle dos fatores de risco. Este trabalho de conclusão de curso teve o objetivo de elaborar um plano de intervenção para atenção às pessoas com HAS, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Eldorado II localizada na cidade de Montes Claros, MG. A proposta pretende adequar a assistência aos pacientes hipertensos aos princípios ditados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde. O plano de intervenção priorizou o padrão 4.29 da subdimensão L (Atenção Integral a Saúde) que versa sobre a organização da atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco. O plano foi iniciado em maio de 2016 e tem previsão para monitoramento/consolidação dos resultados parciais no final do mesmo ano.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial. Estratégia Saúde da Família. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

The hypertension is a multifactorial clinical condition characterized by sustained elevation of blood pressure  $\geq 140$  and/or 90 mmHg. This clinical condition has become a public health problem by the economic impact and burden entailed in the social and health system, reflecting the quality and life expectancy of individuals. In Brazil, the prevalence of hypertension is of the order 10% to 20%. In this way, add 15 to 30 million of hypertensive subjects. The 7th Brazilian Guideline of hypertension (DBHA) endorses the need of change in lifestyle as a primary strategy for prevention of HAS. This directive adds that the public health policies should emphasize early diagnosis, the provision of medicines for continuous use, in addition to assistance protocols blood pressure monitoring and control of risk factors. This final project aimed to develop a contingency plan for attention to people with hypertension, in the area of the family health Team Eldorado II located in the city of Montes Claros, MG. This proposal aims to adapt to tailor assistance to hypertensive patients the principles dictated by the national program for improving access and quality of primary health care (PMAQ) of the Ministry of health. The intervention plan prioritized the 4.29 the standard sub dimension L (Integral attention to health) that focuses on the Organization of people with high blood pressure, diabetes and obesity based on risk stratification. The plan was initiated in may 2016 and is expected for monitoring/consolidation of partial results at the end of the same year.

**Keywords:** Arterial Hypertension. The Family Health Strategy. Quality, Access and Assessment of Health Care.

## LISTA DE SIGLAS

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AMAQ: Avaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade

APS: Atenção Primária a Saúde

AVE: Acidente Vascular Encefálico

CAPS: Centros de Assistência Psicossocial

DAP: Doença Arterial Periférica

DBHA: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial

DCV: Doença Cardiovascular

DM: Diabetes Mellitus

DRC: Doença Renal Crônica

EMAD: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

ESF: Estratégia Saúde da Família

ESF: Equipe Saúde da Família

FR: Fatores de Risco

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

IC: Insuficiência Cardíaca

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

MEV: Mudança no Estilo de Vida

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA: Pressão Arterial

PIB: Produto Interno Bruto

PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TNM: Tratamento Não Medicamentoso

UBS: Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE QUADROS

1	Distribuição de famílias por micro área na Equipe de Saúde da Família Eldorado II, 2016.	19
2	Principais problemas identificados no diagnóstico situacional da ESF Eldorado II.	20
3	Organização da atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.	22
4	Matriz de intervenção para aplicação na ESF Eldorado II.	23

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	8
2	<b>JUSTIFICATIVA</b>	10
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	11
3.1	Hipertensão Arterial Sistêmica: definição clínica	11
3.2	Hipertensão Arterial Sistêmica: fatores de risco	12
3.3	Hipertensão Arterial Sistêmica: tratamento	13
3.4	Risco cardiovascular	14
3.5	Autocuidado apoiado	15
4	<b>OBJETIVOS</b>	17
4.1	Objetivo Geral	17
4.2	Objetivos Específicos	17
5	<b>METODOLOGIA</b>	18
6	<b>PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	20
6.1	Apresentação do Cenário	20
6.2	Priorização dos Problemas	22
6.3	Plano de Intervenção	22
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	26
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	27

## 1 INTRODUÇÃO

Montes Claros é um município brasileiro localizado ao norte do Estado de Minas Gerais, distante cerca de 420 km da capital Belo Horizonte. Possui uma área total de 3.576,7 km<sup>2</sup>, sendo que 38,7 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano e os 3.538 km<sup>2</sup> restantes constituem a zona rural. O censo de 2010 apontou uma população de 385.898 habitantes e uma taxa de urbanização da ordem de 95.2 %. A economia de Montes Claros é diversificada pelas atividades agropecuárias, industriais e de prestação de serviços. Em 2008, o Produto Interno Bruto (PIB) chegou a R\$ 3.462.739,125, sendo considerado o maior da microrregião. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,783, sendo também considerado como alto em relação ao país (IBGE 2010).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, Montes Claros possui seis hospitais; um pronto atendimento; três policlínicas; três centros de assistência psicossocial (CAPS), incluindo uma unidade na modalidade infantil (CAPS-I); quatro equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD), sendo uma de apoio, composta por fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo e psicólogo; um consultório de rua composto por psiquiatra, enfermeira especialista em saúde mental, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). A estratégia de saúde da família possui 131 equipes, sendo 118 localizadas na zona urbana e 13 na zona rural (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016).

Essa mesma fonte afirma que o Fundo Municipal de Saúde é administrado pelo secretário de saúde e concentra recursos financeiros destinados a ações e serviços públicos como atendimento ambulatorial, distribuição de medicamentos, agentes comunitários de saúde, vigilância sanitária, dentre outros. Essas ações são financiadas através de recursos públicos sob a responsabilidade da sociedade e do poder público em suas três esferas (municipal, estadual e federal), obedecendo aos princípios da legalidade estabelecidos em legislações pertinentes (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016).

De acordo com BRASIL (2011) a atenção primária à saúde (APS) desenvolvida através da estratégia saúde da família (ESF) possui o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Configura a principal porta de entrada para os serviços de saúde e tem, na figura do agente comunitário de saúde (ACS), o elo de comunicação entre a equipe e a população adscrita. Incorpora os princípios básicos do

sistema único de saúde (SUS) da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2016).

Conforme modalidades, as equipes da ESF são formadas por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar ou técnico de saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011).

Em Montes Claros a Equipe de Saúde da Família Eldorado II tem área adscrita no bairro Vila Aurea, na região urbana da cidade. É constituída por um médico generalista, uma enfermeira e um odontólogo com especialização em saúde da família, um técnico de enfermagem, um técnico em higiene bucal e seis agentes comunitários de saúde. A população cadastrada na equipe é de 3.236 habitantes. O nível de alfabetização é de 100% para escolaridade básica (7 a 14 anos de estudos) e 80.08% para escolaridade acima de 15 anos de estudo. O número de pessoas em idade ativa soma 1.170, sendo que do total 50,31% estão empregados. As principais ocupações são: vendedores, serviço gerais, comerciantes, professores, domésticas, pedreiros, motoristas, mecânicos, moto taxistas, militares, costureiras, balconistas, funcionários públicos.

Por meio do diagnóstico administrativo e situacional da área de abrangência, identificou-se que as principais causas de mortes nessa população, são o câncer e os acidentes de trânsito. Dentre as doenças com maior incidência, houve destaque para as doenças respiratórias, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial. (SIAB/DATASUS, 2015).

Contudo, a quantificação e o acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial, atendidas pela ESF, tem se mostrado insuficiente. A partir dessa constatação, optou-se por elaborar um plano de intervenção para a abordagem dessa população específica utilizando a estratégia de Avaliação da Melhoria do acesso e da Qualidade (AMAQ), do Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

No diagnóstico situacional realizado pela equipe Eldorado II foram contabilizadas 195 pessoas vivendo com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Apesar deste número ser inferior às estimativas para a população no geral, a equipe observou que a adesão ao tratamento tem se mostrado insuficiente. Além disso, a dislipidemia, o sobrepeso/obesidade, o tabagismo, o sedentarismo e a dieta inadequada contribuem para o agravamento deste quadro epidemiológico (MONTES CLAROS, 2015). Sendo assim, a equipe optou por uma intervenção que possa melhorar o controle da hipertensão e reduzir as suas complicações.

É sabido que os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso para o autocuidado. É preciso ter em mente que manter a motivação para o autocuidado representa talvez, um dos maiores desafios para os profissionais de saúde. A presença de morbidades traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle das condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada. Escolhe-se este tema pelo elevado número de pacientes com hipertensão arterial, que não aderem ao tratamento.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Hipertensão arterial sistêmica: definição clínica.

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes *mellitus* (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tornou-se problema de saúde pública pelo impacto econômico e ônus que acarreta no sistema social e de saúde, refletindo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. A prevenção de alterações irreversíveis no organismo exige o seu controle continuado, além de ações individuais e coletivas. No Brasil, a prevalência da HAS é aproximadamente entre 10% a 20%. Desse modo, somam 15 a 30 milhões de indivíduos hipertensos. Entre esses, 65% são idosos, 7% crianças e adolescentes, 25% negros. Porém, em torno de 16 a 50% dos hipertensos que iniciam o tratamento, desistem da medicação anti-hipertensiva no primeiro ano (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Scala *et al* (2015) afirmam que no Brasil a HAS atinge 32,5% da população adulta, totalizando 36 milhões de pessoas e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com o DM, suas complicações implicam em perda ou diminuição da capacidade produtiva com consequente redução da renda familiar.

No Brasil cerca de 300.000 pacientes morrem anualmente devido às DCV sendo quase 50% deles em decorrência da HAS. Ressalta-se que estas doenças configuram maior demanda da assistência à saúde na atenção básica, sobrecarregam a média e alta complexidade incluindo as internações hospitalares, ocasionando custos socioeconômicos e em saúde elevados. Contudo, a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos mórbidos (MINAS GERAIS, 2013).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, a HAS é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Acredita-se, também, que a cardiopatia hipertensiva e isquêmica é fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm a HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Em estudo realizado por Orduñez-Garcia *et al.*, (2006) citado por Brasil (2013), o segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS é Cuba, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% 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%.

O mesmo autor completa que os indicadores cubanos superam os indicadores dos EUA, Inglaterra, Itália, Alemanha, Suécia e Espanha, e os bons resultados são atribuídos a vários fatores, entre eles, destaque para a existência de um protocolo de práticas o qual permite avaliação constante e a participação significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos (BRASIL, 2013).

### 3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica: fatores de risco

No Brasil, o controle e prevenção da HAS e suas complicações constituem o maior desafio para as equipes de Atenção Básica (AB). Na ESF a proximidade e o vínculo entre a equipe multidisciplinar e usuários reforçam a responsabilidade profissional e a corresponsabilidade dos pacientes na manutenção da pressão arterial em níveis considerados normais. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida- MEV, essenciais no processo terapêutico e na prevenção da

hipertensão. A reeducação alimentar, 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 pela equipe de saúde e controlados pelos pacientes (BRASIL, 2013).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016), em sua 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (DBHA) endossa a necessidade da mudança no estilo de vida como principal estratégia para prevenção da HAS e acrescenta que as políticas públicas de saúde devem enfatizar o diagnóstico precoce, a oferta dos medicamentos de uso contínuo, além de protocolos assistenciais de monitoramento da PA e controle dos fatores de risco.

### 3.3 Hipertensão arterial: tratamento

A Atenção Básica é o segmento dos níveis de assistência à saúde com maior probabilidade da detecção precoce da HAS por estar mais próxima e mais acessível à população. Entretanto, depara-se com um dos maiores desafios: iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).

A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais. A MEV continua sendo a melhor opção para o controle da HAS e na prevenção destas, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo. O tratamento não medicamentoso (TNM) da HA envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O tratamento da hipertensão estágio I, também considerada de baixo risco, deve ser iniciado com medidas comportamentais e MEV. Os resultados poderão ser monitorados mensalmente pela equipe técnica e trimestralmente por profissionais de nível superior. Ao final de seis meses verifica-se a eficiência do tratamento não farmacológico através da manutenção da PA em níveis desejáveis e a motivação do hipertenso em aderir e manter a MEV (BRASIL, 2013).

Por outro lado, o tratamento medicamentoso pode ser considerado desde o início, quando o paciente for resistente a MEV. O objetivo da opção de tratamento é garantir o controle da PA e prevenir as complicações cardiovasculares e renais. Segundo Brasil (2013) quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa. A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular.

A Hipertensão estágio II e III aumenta a possibilidade de complicações cardiovasculares e renais. Conforme orienta a MINAS GERAIS (2013) o objetivo do uso de anti-hipertensivos é promover a redução da PA, dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, da taxa de mortalidade. Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos comercialmente disponíveis, resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da HAS. As evidências disponíveis demonstram redução de morbidade e mortalidade com o uso de diuréticos, betabloqueadores, IECA, bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina e antagonistas dos canais de cálcio, embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de drogas.

Além dos tratamentos, o atendimento e acompanhamento da pessoa com HAS requer um apoio diagnóstico mínimo. Sugere-se uma periodicidade anual destes exames, no entanto, o profissional deverá estar atento ao acompanhamento individual de cada paciente, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações existentes. A realização de exames como eletrocardiograma, dosagem de glicose, colesterol total e frações, triglicérides, creatinina, potássio, urina tipo I e fundoscopia são essenciais no tratamento inicial e controle da HAS (BRASIL, 2013).

### 3.4 Risco cardiovascular

A orientação terapêutica, na prevenção das complicações cardiovasculares depende, necessariamente, da identificação dos indivíduos hipertensos que estão mais predispostos a essas complicações, especialmente infarto do miocárdio e AVE. Além disso, quando avaliado corretamente o risco CV, o resultado pode auxiliar na decisão terapêutica e permitir uma

análise prognóstica mais acurada. Modelos multifatoriais de estratificação de risco podem ser utilizados para uma classificação de risco individual mais precisa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Na consulta para a estratificação de risco cardiovascular, Brasil (2013) recomenda a utilização do escore de Framingham. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. O escore de Framingham classifica o risco cardiovascular como alto (>20% de ocorrer evento cardiovascular em 10 anos), moderado (10 a 20% de ocorrer evento cardiovascular em 10 anos) e baixo (<10% de ocorrer evento cardiovascular em 10 anos).

### 3.5 Autocuidado apoiado

Segundo Minas Gerais (2013), a tecnologia de autocuidado é baseada na sistematização de intervenções educacionais e de apoio realizadas pela equipe de saúde com o intuito de ampliar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciarem suas condições de saúde. O autocuidado apoiado deve ser efetivado por todo o período em que o usuário cursar com o fator de risco ou com a HAS. O plano de autocuidado apoiado deverá ser elaborado assim que as fases de avaliação e aconselhamento forem concluídas, o que deverá ocorrer de forma qualificada e o mais breve possível.

A periodicidade das fases de assistência e acompanhamento deverá observar as necessidades em saúde do usuário e inclui acolhimento do hipertenso, consultas médica e de enfermagem, grupos operativos e outras atividades que fomentam a motivação para o autocuidado, o que variará com a estratificação do risco desse usuário e programação do cuidado pela equipe de saúde.

O grupo operativo é definido como uma rede de indivíduos que interagem entre si e comprometem-se com uma tarefa. A tarefa é o que o diferencia das outras teorias que abordam processos de grupo. A tarefa no grupo operativo pode ser um objetivo, uma missão ou uma atividade. No grupo de portadores de HAS, por exemplo, a tarefa como objetivo pode ser prevenir complicações da doença através da mudança no estilo de vida. Para isso, tarefas

como atividade podem englobar mudanças nos hábitos alimentares, prática de atividade física aeróbica, maior adesão ao uso de medicamentos prescritos, entre outras (CURITIBA, 2012).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é um programa que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2016).

Esse programa visa um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2016). Tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O ministério da saúde, visando instrumentalizar as equipes e a gestão municipal na realização da autoavaliação, desenvolveu o aplicativo da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da assistência à saúde na atenção básica AMAQ. Com essa ferramenta é possível responder ao AMAQ e utilizar os recursos de construção da matriz de intervenção para elaborar um plano de intervenção multiprofissional e interdisciplinar para a equipe da ESF Eldorado II desenvolver com a população hipertensa com o objetivo de promover melhor adesão ao tratamento da HAS (BRASIL, 2015).

A matriz de intervenção é um instrumento utilizado no monitoramento das Equipes de Saúde da Família, elaborada a partir da AMAQ realizada pela equipe multiprofissional com a finalidade de levantar o padrão alterado identificado pela equipe, descrever a situação-problema e objetivo/meta a ser alcançada.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Eldorado, Montes Claros, MG.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão arterial aos tratamentos propostos.
- Favorecer a abordagem médica da pessoa com hipertensão arterial.
- Identificar falhas no diagnóstico precoce da hipertensão.

## 5 METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção para a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica, contou com o apoio dos profissionais da equipe de saúde da família e da comunidade. O diagnóstico situacional e o conhecimento do território adscrito foram utilizados nesta etapa. Inicialmente foi realizada uma revisão de literatura com busca nas bases eletrônicas SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), por meio dos seguintes descritores: Hipertensão Arterial; Estratégia Saúde Família; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

Através do método denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, identificou-se os problemas da área de abrangência e elaborou-se a proposta de intervenção. Esta proposta teve o objetivo de adequar a assistência aos pacientes hipertensos da área de abrangência da ESF Eldorado II aos princípios ditados pelo Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Apresentação do cenário

O bairro Eldorado está localizado na região urbana da cidade de Montes Claros, onde está a Equipe de Saúde da Família Eldorado II. A equipe possui 976 famílias, totalizando 3236 habitantes. As ruas da área de abrangência são todas asfaltadas e o acesso à unidade de saúde é facilitado pelo tipo de relevo do bairro e pela não existência de barreiras geográficas. O transporte público é oferecido por três linhas de ônibus que atendem a demanda dos moradores para o centro e para outros bairros da cidade. A região possui um centro espírita e igrejas, sendo uma católica. Toda população tem acesso a energia elétrica, água e telefonia.

A unidade funciona de segunda a sexta-feira no horário de 07:30 às 11:30 e 13:30 às 17:30 horas. A equipe está dividida em seis micros áreas com o seguinte número de usuários:

Quadro 1 – Distribuição de famílias por micro área na Equipe de Saúde da Família Eldorado II, 2016.

Micro área	Famílias cadastradas	Pessoas	Ruas
1	196	604	8
2	168	568	5
3	165	536	8
4	153	517	6
5	162	506	5
6	132	503	4
Total	976	3.236	36

Fonte: Cadastro da equipe, 2016.

Fazem parte da equipe doze profissionais, sendo um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma técnica em enfermagem, seis agente comunitário de saúde e uma zeladora. A carga horária de trabalho dos profissionais é de 40 horas semanais, exceto o médico e enfermeira que fazem 32 horas semanais devido aos Programas ProVab e Mais Médicos.

A unidade básica de saúde Eldorado II foi caracterizada de acordo o padrão mínimo determinado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2004), cuja resolução dispõe sobre o projeto físico para unidades básicas de saúde. A unidade possui uma recepção, sala para acomodação de armários com formulários e prontuários, 7 consultórios clínicos, 01 consultório de puericultura, 01 um consultório de ginecologia, 01 banheiro para funcionários e 01 para usuários, 01 consultório odontológico, 01 cozinha, 01 sala de curativo, área externa e 01 almoxarifado.

No perfil epidemiológico, as principais causas de morte constituem o câncer e em segundo lugar os acidentes do trânsito. Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Eldorado, realizado neste ano, foram identificados os seguintes problemas:

- 1) Alta incidência de doenças respiratórias agudas.
- 2) Alta incidência de diabetes mellitus.
- 3) Alto percentual de pessoas com hipertensão arterial sistêmica.
- 4) Alta incidência de gravidez na adolescência.
- 5) Alto descontrole das dislipidemias.
- 6) Má aderência dos hipertensos aos tratamentos propostos.
- 7) Obesidade.
- 8) Alta dependência a psicofarmacos.

Considerando o PES, após identificar os problemas, deve ser feita a priorização, levando em conta a urgência, a importância e a capacidade de resposta da equipe para efetivação da intervenção.

Quadro 2 – Principais problemas identificados no diagnóstico situacional da ESF Eldorado II.

<b>Problema</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência (0 a 5 pontos)</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>
Alta incidência de hipertensão arterial	Alta	5	Dentro
Alta incidência de diabetes mellitus	Alta	4	Dentro
Alta incidência de doenças respiratórias agudas	Alta	4	Dentro
Alta incidência de gravidez na adolescência	Alta	4	Dentro
Dislipidemia	Alta	3	Dentro
Baixa adesão ao autocuidado	Alta	3	Dentro
Obesidade	Média	3	Dentro
Alta dependência de psicofármacos	Média	3	Fora

Fonte: Arquivos da Equipe, 2016.

## 6.2 Priorização dos Problemas

Escolhe-se o tema hipertensão arterial pelo elevado número de pessoas com esta condição na área de abrangência do PSF Eldorado. Dados estatísticos municipais mostram que 31% da população maior de 35 anos são portadores de HA. As ações de prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial estão expressas no âmbito das atribuições da atenção primária, sendo complementadas pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e pela atenção secundária e terciária. Por isso, torna-se necessário elaborar um projeto de intervenção para garantir o acompanhamento e abordagem adequada desses pacientes (SIAB, MONTES CLAROS, MG-2010).

## 6.3 Plano de intervenção

A matriz de intervenção utiliza ações baseadas em tecnologias leves para a promoção de uma assistência à saúde de qualidade ao cliente hipertenso da área de abrangência da ESF Eldorado II. O destaque é para a reeducação em saúde através de parcerias entre equipe de

saúde, pacientes e comunidade, com o propósito de estimular as MEV. As etapas de sensibilização e autoavaliação ocorreram em 28 de abril de 2016 e contaram com a participação efetiva de todos os colaboradores da equipe e representantes da comunidade local, sob coordenação da equipe técnica composta por médico, enfermeira e dentista. O planejamento das ações para a intervenção seguiram os passos determinados por Brasil (2016) na versão preliminar da AMAQ e se processou da seguinte forma:

- No primeiro momento foram identificados os principais problemas pelos atores na autoavaliação.
- A seguir, a hipertensão foi escolhida como problema prioritário a ser enfrentado seguindo o modelo do padrão 4.29 da subdimensão L – Atenção Integral a Saúde - que versa sobre a organização da atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco (Quadro 3).
- Na sequência refletiu-se sobre as causas da hipertensão, identificação da situação-problema e levantamento de estratégias de intervenção e superação do problema prioritário.

Quadro 3- Organização da atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.

4.29	A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe desenvolve ações de atenção à saúde às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco. Para isso, considera o cálculo do risco cardiovascular, o controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos, a avaliação antropométrica, a motivação da pessoa, adesão e resposta ao tratamento, a presença de fatores de risco e outras doenças associadas, o suporte social e familiar e o grau de autonomia para o autocuidado. Programa o cuidado (ex.: frequência de consultas, grupos e exames) baseando-se na estratificação de risco, nas necessidades individuais, nos determinantes sociais da saúde e no auxílio para lidar com as limitações geradas pela doença. A equipe não limita dias específicos na agenda para o cuidado das pessoas com doenças crônicas e oferta cuidado interdisciplinar conforme as singularidades de cada usuário/família. Oferece opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física na UBS ou em outros espaços do território, como Academia da Saúde, praças e associações. Planeja ações para tratamento dos indivíduos com obesidade, inclusive nos casos em que estes não apresentem outras doenças crônicas associadas.</p>		

Fonte: (BRASIL, 2016)

➤ Utilizou-se de uma matriz de intervenção para traçar o plano de ação com identificação dos responsáveis por cada etapa e prazos de execução; avaliação da viabilidade do plano considerando os atores envolvidos e suas competências, habilidades, vontades, entre outras e; definição das estratégias de monitoramento e avaliação das ações a serem implantadas.

Quadro 4 – Matriz de intervenção para aplicação na ESF Eldorado II.

<p><b>Descrição do padrão</b> A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.</p>
<p><b>Descrição da situação-problema para o alcance do padrão</b> Embora a equipe da ESF Eldorado II tenha 2 anos de atuação na comunidade, possua uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para acompanhamento e assistência aos clientes hipertensos cadastrados e, desde o início, se organiza para o atendimento de qualidade à população, ainda não atingiu níveis desejáveis de controle da pressão arterial. Alguns fatores de risco persistem em variações e graus diferentes considerando o perfil econômico e social, além do inadequado estilo de vida da comunidade.</p>
<p><b>Objetivo/meta</b> Reorganizar as atividades de educação em saúde e assistenciais da equipe da ESF Eldorado II com foco na assistência e no modelo da tecnologia para o “autocuidado apoiado” para pacientes em condições crônicas de saúde – HAS.</p>
<p><b>Estratégias para alcançar os objetivos/metás</b></p> <p>I Estudo dos registros de cadastro da população adscrita.</p> <p>II Plano de educação permanente para a equipe de saúde que aborde, de forma sistematizada e contínua, temas sobre autocuidado para o controle da HAS com ênfase na mudança no estilo de vida.</p> <p>III Classificação do risco cardiovascular.</p> <p>IV Organização de atividades coletivas em parceria com outros setores da saúde e da comunidade.</p>
<p><b>Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)</b></p> <p>I Levantamento do nº de clientes com idade superior a 18 anos cadastrados na ESF Eldorado II e nº de clientes com HAS para determinação da prevalência de hipertensão;</p> <p>II Capacitação da equipe para a educação em saúde na UBS e no domicílio sobre a corresponsabilidade de clientes hipertensos para o controle da PA, através do autocuidado: mudança no estilo de vida, uso correto de medicação e participação efetiva nas atividades coletivas da ESF e da comunidade; elaboração de folder ou cartilha para consulta e distribuição nas atividades educativas; buscar patrocínio no comércio local e empresas que comercializam produtos e serviços utilizados na MEV de pacientes com HAS para financiamento do material gráfico.</p>

<p>III Planejamento de consultas médicas e de enfermagem para classificação do risco cardiovascular.</p> <p>IV Grupo de educação em saúde e atividades recreativas na UBS, mínimo de uma vez por mês, para possibilitar a socialização do conhecimento e a troca de experiências; estimular o hipertenso a assumir a responsabilidade para MEV em todos os momentos da prestação do cuidado; incentivar a comunidade a participar das atividades físicas realizadas na academia ao ar livre com parceria da Secretaria de Esportes da Prefeitura de Montes Claros-MG e; promover caminhada coletiva 2 a 3 vezes por semana.</p>
<p><b><i>Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades</i></b></p> <p>I Fichas B do SIAB para cadastro e acompanhamento de hipertensos; consolidado das fichas de cadastro individual do Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica.</p> <p>II Materiais audiovisuais atrativos que estimulem o envolvimento da equipe na responsabilização profissional e social; recurso financeiro para confecção gráfica de folders ou cartilhas.</p> <p>III Disponibilização semanal de vagas para consultas médicas e de enfermagem para classificação de risco e acompanhamento para hipertensos; exames laboratoriais e de imagem para classificação do risco cardiovascular.</p> <p>IV Sala de reunião com mobiliário adequado e suficiente para atender a demanda; convites para os hipertensos participarem das ações da ESF e da comunidade para MEV.</p>
<p><b><i>Resultados esperados</i></b></p> <p>I Determinação da prevalência de HAS na ESF Eldorado II.</p> <p>II Equipe capacitada e envolvida no processo de educação dos hipertensos para o controle da PA através da MEV.</p> <p>III Sistematização do cuidado e assistência à saúde dos hipertensos cadastrados realizado por médico, enfermeira e dentista.</p> <p>IV Hipertensos comprometidos com a MEV.</p>
<p><b><i>Responsáveis</i></b></p> <p>I Médico, enfermeira e dentista.</p> <p>II Equipe de saúde e comunidade.</p> <p>III Médico, enfermeira e dentista.</p> <p>IV SMS, SMEL e equipe de saúde e comunidade.</p>
<p><b><i>Prazos</i></b></p> <p>I Uma semana.</p> <p>II Seis meses e continua.</p> <p>III Um ano e continua.</p> <p>IV Seis meses e continua.</p>

***Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados***

I Registro da prevalência da HAS na ESF Eldorado II.

II Hipertensos comprometidos com a MEV; manutenção dos níveis pressóricos desejáveis na população hipertensa.

III Hipertensos atendidos rotineiramente pela equipe de saúde.

IV Hipertensos engajados nas atividades coletivas continuamente.

Fonte: BRASIL (2016), modificado pelo autor.

Essa matriz de intervenção, após ciência de toda equipe, foi implantada em maio de 2016. A avaliação parcial e monitoramento de resultados estão previstos para novembro de 2016, quando o padrão 4.29 será novamente avaliado e elaborado novas estratégias para manutenção do cuidado ou mudança nas orientações aos pacientes.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar essa matriz de intervenção a equipe da ESF Eldorado II considerou o avanço incontestável do envolvimento de todos os atores responsáveis pela aplicabilidade do processo de mudança na estratégia de abordagem das comunidades de risco, neste caso, pacientes com diagnóstico de HAS.

Na reunião para condução da autoavaliação a equipe passou por um momento de desmotivação ao lembrar que outras autoavaliações ocorreram e que as prioridades levantadas em cada ocasião avançaram de forma lenta e com baixo monitoramento de resultados. Também lembraram que, a rotatividade de profissionais de nível superior, principalmente médicos, dificultou o desenvolvimento das estratégias propostas para melhorar o acesso e qualidade dos serviços, com destaque para as atividades de prevenção e promoção de saúde.

Este primeiro obstáculo, já previsto pela equipe de coordenação da autoavaliação, com base em experiências anteriores, foi vencido com a simples técnica do planejamento prévio incluindo sensibilização da equipe para enfrentamento de situações-problema de forma coletiva, com envolvimento e corresponsabilização de todos os atores envolvidos incluindo, além da equipe, os usuários do serviço de saúde.

Espera-se que esta proposta possa apresentar resultados positivos nos prazos estabelecidos, já que uma das maiores dificuldades exposta pela equipe no cumprimento de outras estratégias foi a rotatividade dos médicos e este problema não será considerado nessa proposta específica, porque o atual médico da equipe integra o projeto “mais médicos do Brasil” e tem tempo de permanência pré-estabelecido de três anos na mesma equipe.

Espera-se, também, que os pacientes com HAS se sintam motivados a assumir sua corresponsabilidade pela saúde, através das estratégias aqui propostas, se comprometendo com o autocuidado relacionado à MEV com foco na priorização de hábitos alimentares saudáveis, controle e/ou perda de peso corporal, prática de atividade física, abandono do tabagismo entre outros.

Considerando que as ESF possuem características semelhantes relacionados ao perfil de saúde de seus usuários, essa matriz de intervenção poderá servir de modelo ou referência para outras equipes que desejam sistematizar a assistência e o cuidado aos pacientes com HAS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/2581/portarias>. Acesso em: 12 de nov. de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília – DF. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF: PMAQ. Brasília – DF. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica – n. 37 Brasília – DF. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB/DATASUS. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 28 set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 set. 2016.
- CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Autocuidado apoiado: Manual do Profissional de Saúde. 2012. Disponível em: <ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/telessaude/apresentacao/2014/Autocuidado-Apoiado.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.
- DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314430>. Acesso em: 28 set. 2016.
- MINAS GERAIS. FHEMIG. Diretrizes Clínicas: Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>. Acesso em: 28 set. 2016.
- MINAS GERAIS. Resolução nº 604 de 19 de novembro de 2004. Dispõe sobre o Projeto Físico das Unidades Básicas de Saúde e estabelece outras providências. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=1036](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=1036). Acesso em: 28 set. 2016.
- MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Territorialização. 2015.
- OLIVEIRA, E. A. F.; *et al.* Significado dos Grupos Educativos de Hipertensão Arterial na Perspectiva do Usuário de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. Rev. APS, 14 (3): 319-326 2011 jul./set.

ORDUÑEZ-GARCIA, P. *et al.* Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. *J. Hypertension, USA*, v. 24, n. 5, p. 845-849, may, 2006. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica*. Cadernos de Atenção Básica – n. 37 Brasília - DF 2013.

SCALA LC, MAGALHÃES LB, MACHADO A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* Rio de Janeiro, v. 107, n.3, Supl. 3, 2016.