

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DO
CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ERIVALDO GARROTE DA SILVA FILHO

**PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO NO CONTROLE DOS CASOS DE
HIPERTENSÃO EM UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ESTRELA DE
ALAGOAS**

Maceió

2021

Erivaldo Garrote da Silva Filho

**PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO NO CONTROLE DOS CASOS DE
HIPERTENSÃO EM UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ESTRELA DE
ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Sabrina Joany Felizardo Neves

**Maceió
2021**

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S586p Silva Filho, Eivaldo Garrote da.
Proposta de intervenção no controle dos casos de hipertensão em unidade de saúde no município de Estrela de Alagoas / Eivaldo Garrote da Silva Filho. – 2021.
60 f.

Orientadora: Sabrina Joany Felizardo Neves.
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 57-60.

1. Hipertensão - Terapêutica. 2. Prevenção de doenças. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU: 614: 616.12-008.331.1

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar o meu caminho, o qual tem sido marcado por realizações diárias, que às vezes passam despercebidas e não recebem o devido valor, mas sei que a graça de Deus e da virgem Maria se faz presente em todos os momentos de minha vida.

A minha vó, meus pais, tios e irmã por toda base e ajuda dentre os anos de minha existência.

A minha noiva pela dedicação, compreensão, carinho, amor e apoio em minha jornada acadêmica.

“É parte da cura o desejo de ser curado.”

(Sêneca)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, silenciosa, que aumenta conforme o avançar da idade e é caracterizada por níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. É descrita como doença silenciosa pois em geral a pressão arterial elevada não apresenta sintomas de imediato, porém a longo prazo se não tratada poderá apresentar principalmente: tontura, sangramento nasal, falta de ar, dores de cabeça e visão turva, desencadeando assim problemas graves de saúde, sendo responsável por 14% do total de internações do Sistema Único de Saúde (SUS), onde 17,2% acontecem por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM), gerando um grande impacto socioeconômico pelo aumento dos custos dos sistemas de saúde. Justifica-se a necessidade da execução deste projeto de intervenção, uma vez que do total de hipertensos informados na área adstrita a área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo, apenas 36,9% fazem uso de medicação controlada e 12,1% praticam algum tipo de atividade física, além de outros fatores de risco presentes na comunidade como: idade, tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool. O presente trabalho objetiva propor um plano de intervenção para aumentar a adesão aos tratamentos para a hipertensão arterial sistêmica (HAS) dos usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família 02 – Doutor Gastão Leão Rêgo do município de Estrela de Alagoas/AL. Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) além de uma revisão narrativa da literatura considerando ensaios clínicos e estudos transversais, relacionados às modalidades de maior estudo e publicação, utilizando como fonte de pesquisa as bases de dados Lilacs, PubMed, Scielo e Google Acadêmico, sem restrição de idioma. Espera-se que com o projeto de intervenção a ESF 02 consiga gerar uma mudança nos hábitos de vida da comunidade, com a adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, além da corresponsabilidade do tratamento, desenvolvendo autonomia aos indivíduos e melhorando a relação entre usuários e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Prevenção de doenças. Tratamento. Atenção primária.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a chronic, silent disease that increases with advancing age and is characterized by high levels of blood pressure in the arteries. It is described as a silent disease because, in general, high blood pressure does not present symptoms immediately, but in the long term, if left untreated, it may show mainly: dizziness, nasal bleeding, shortness of breath, headaches and blurred vision, thus triggering serious health, being responsible for 14% of the total admissions of the Unified Health System (SUS in Brazilian Portuguese), where 17.2% occur due to stroke (AVC in Brazilian Portuguese) and acute myocardial infarction (AMI), generating a great socioeconomic impact due to the increase in health systems costs. The need to carry out this intervention project is justified, since of the total number of hypertensive patients informed in the area within the scope of the Family Health Strategy 02 - Dr. Gastão Leão Rêgo, only 36.9% use medication controlled and 12.1% practice some type of physical activity, in addition to other risk factors present in the community such as: age, smoking, physical inactivity and alcohol consumption. This paper aims to propose an intervention plan to increase adherence to treatments for systemic arterial hypertension (SAH) of users assisted by the Family Health Strategy 02 - Doctor Gastão Leão Rêgo from the municipality of Estrela de Alagoas / AL. For the development of the intervention plan, Situational Strategic Planning (PES in Brazilian Portuguese) was used in addition to a narrative review of the literature considering clinical trials and cross-sectional studies, related to the modalities of further study and publication, using Lilacs databases as a research source, PubMed, Scielo and Google Scholar, without language restriction. It is expected that with the intervention project, ESF 02 will be able to generate a change in the community's life habits, with the users' adherence to drug and non-drug treatment, in addition to the co-responsibility of the treatment, developing autonomy for individuals and improving the relationship between users and health professionals.

Keywords: Hypertension. Disease prevention. Therapeutics. Primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 - Síntese dos Pontos de Atenção à Saúde no município de Estrela de Alagoas/AL.....	16
Quadro 02 - Síntese dos Sistemas de Apoio e Logístico do município de Estrela de Alagoas/AL.....	18
Quadro 03 - Aspectos demográficos do município de Estrela de Alagoas/AL	24
Quadro 04 - Aspectos epidemiológicos da Estratégia de Saúde da Família 02 - Dr. Gastão Leão Rêgo	26
Quadro 05 - Quantitativo de profissionais da ESF 02 e NASF-I, segundo categoria profissional. Município de Estrela de Alagoas, 2020	28
Quadro 06 - Principais problemas relacionados à situação de saúde da população adstrita – ESF 02	34
Quadro 07 - Classificação e priorização dos problemas	35
Quadro 08 - Descrição do problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso” na ESF 02, município de Estrela de Alagoas, 2020	44
Figura 01 - Esquema explicativo do problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”	45
Quadro 09 - Nós críticos relacionados ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”	46
Quadro 10 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02 - Dr. Gastão Leão Rêgo, com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF, bairro Centro, município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas.....	46
Quadro 11 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02 - Dr. Gastão Leão Rêgo, com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF, bairro Centro, município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas.....	48

Quadro 12 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02 - Dr. Gastão Leão Rêgo, com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF, bairro Centro, município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas.....	50
Quadro 13 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02 - Dr. Gastão Leão Rêgo, com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF, bairro Centro, município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas.....	52
Quadro 14 - Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02 - Dr. Gastão Leão Rêgo, com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF, bairro Centro, município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019 (<i>corona virus disease 2019</i>)
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAP	Doença Arterial Periférica
DBHA	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
Dr.	Doutor
DRC	Doença Renal Crônica
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HAPR	Hipertensão Arterial Pseudorresistente
HAR	Hipertensão Arterial Resistente
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGE	Hospital Geral do Estado
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC	Insuficiência Cardíaca
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INVI	Incentivo Financeiro para o Fortalecimento da Vigilância em Saúde
MMAS-8	Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PFVS	Piso Fixo de Vigilância em Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNBP	Sistema Nacional de Bibliotecas Públicas
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Aspectos gerais do município de Estrela de Alagoas/AL	14
1.2 O sistema municipal de saúde de Estreça de Alagoas/AL	14
1.2.1 Organização dos pontos de atenção à saúde de Estrela de Alagoas/AL.....	16
1.3 Aspectos da comunidade	19
1.3.1 Município de Estrela de Alagoas/AL.....	19
1.3.2 Estratégia de saúde da família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo	25
1.4 O centro de saúde – estratégia de saúde da família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo	27
1.5 A equipe de saúde da família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo	27
1.6 O funcionamento da unidade de saúde da ESF 02 e NASF-I	28
1.7 O dia a dia da equipe da ESF 02 e do NASF-I	29
1.7.1 Processo de trabalho da equipe da ESF 02 e do NASF-I	30
1.7.2 Planejamento e avaliação das ações a serem ofertadas à população	31
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	32
1.8.1 Principais problemas relacionados ao sistema municipal de saúde de Estrela de Alagoas	32
1.8.2 Principais problemas relacionados à unidade básica de saúde	33
1.8.3 Principais causas de óbitos, causas de internação e doenças de notificação referentes à área de abrangência da ESF 02.....	33
1.8.4 Principais problemas relacionados à situação de saúde da população adstrita à área de abrangência da ESF 02	34
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para o plano de intervenção	34
2 JUSTIFICATIVA	36
3 OBJETIVOS	38
3.1 Objetivo geral	38
3.2 Objetivos específicos	38
4 METODOLOGIA	39
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	40
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	44

6.1 Descrição do problema selecionado	44
6.2 Explicação do problema selecionado.....	45
6.3 Seleção dos nós críticos	45
6.4 Desenho das operações sobre o nó crítico – operações, projetos, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS.....	57

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Estrela de Alagoas/AL

Estrela de Alagoas é um município alagoano com 18.205 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2019), localizada na mesorregião do Agreste Alagoano e na microrregião de Palmeira dos Índios. O município é limitado ao norte pelo município de Bom Conselho; ao sul pelo município de Igaci; a leste pelo município de Palmeira dos Índios; a oeste pelos municípios de Minador do Negrão e Cacimbinhas e fica a uma distância de 150 km da capital do Estado (IBGE, 2019).

Segundo dados oficiais do Governo do Estado de Alagoas, conta a tradição que, em meados do século XIX, havia na região muitos animais selvagens, entre os quais se destacava o tatu-bola. Daí haver sido denominado de Bola o povoamento que se formou em terras pertencentes ao município de Palmeira dos Índios. Registra a história que seus fundadores pertenciam a família dos Gonzagas, tendo destaque os nomes de Antônio Gonzaga, Manoel Gonzaga e Augusto Gonzaga, incansáveis na luta pela prosperidade do povoado (ALAGOAS, 2014).

Em 1952 o padre Ludgero, vigário da paróquia de Palmeira dos Índios, celebrou a primeira missa no povoado e instalou uma escola na casa de Honorato Gonzaga, tendo como instrutora a professora Laura. Por sugestão do mesmo padre foi mudado o nome de Bola para Estrela, em vista do progresso que teve o lugar com pouco tempo de existência. Ludgero justificou: “esta localidade é uma estrela brilhante” (ALAGOAS, 2014).

No dia 9 de janeiro de 1959, promovida por Luiz Duarte, comerciante, foi criada a primeira feira livre, acelerando o desenvolvimento. A ideia da emancipação foi crescendo entre a população e terminou concretizada com a criação do novo município, em 5 de outubro de 1989, sendo a instalação oficial em 1º de janeiro de 1993 (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde de Estrela de Alagoas/AL

Estrela de Alagoas pertence a 8ª região de saúde e 2ª macrorregião, tendo como polo o município de Arapiraca. A rede de atenção à saúde é coordenada pela

atenção primária, através das estratégias de saúde da família com uma cobertura de 76% da população, registrando 100% de cobertura por meio da atuação de 3 das 7 equipes de saúde.

A atenção básica atua de maneira conjunta e integrada aos demais componentes de saúde, tendo em sua composição 07 (sete) estratégias de saúde da família - ESF, a saber: 01 (um) Centro de Saúde, localizado em sua zona urbana, 04 (quatro) estratégias de saúde bucal - ESB (03 em implantação, após novo matriciamento e reconhecimento de território) que realizam também atendimento odontológico itinerante nas demais unidades não cobertas, 01 (um) núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica – NASF-I, 01 (um) centro de atenção psicossocial - CAPS, 01 (uma) academia da saúde em fase de construção.

Constam ainda com as demais estratégias integrantes da rede: controle e avaliação, saúde da mulher, programa saúde na escola - PSE, núcleo de promoção da saúde, assistência farmacêutica, com implantação e informatização do HORUS, além da estruturação da farmácia central e almoxarifado, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância às endemias, programa nacional de imunizações e sistema de vigilância alimentar e nutricional.

Devido à grande extensão territorial todas as estratégias de saúde da família possuem carro próprio para visitas domiciliares e apoio as ações, além de carros para o NASF-I, CAPS e Coordenação de Atenção Básica.

O município dispõe de Serviços de Urgência, mas não de Emergência Pré-Hospitalar, utilizando o SAMU 192 e a UPA 24h de Palmeira dos Índios. Devido a pandemia referente ao COVID-19 o município reestruturou alguns setores, designando algumas alas do Centro de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família Antônio Garrote, localizadas na zona urbana do município, para funcionarem como Unidades Sentinelas.

Ter um espaço específico para o atendimento das pessoas com sintomas gripais daquelas que precisam de qualquer outro serviço da Atenção Básica foi fundamental para evitar a disseminação do vírus. O município continuará a reestruturação a fim de disponibilizar leitos e condições para os casos positivos que possam surgir.

Para a assistência hospitalar, referencia sua população para o Hospital Santa Rita e a Maternidade Santa Olímpia, em Palmeira dos Índios, o Hospital de

Emergência do Agreste em Arapiraca e o Hospital Geral do Estado – HGE, em Maceió.

O município não dispõe de leito hospitalar para a assistência materno-infantil, tendo como referência para o risco habitual no Hospital Regional Santa Rita, em Palmeira dos Índios, e o alto risco é referenciado para o Hospital Regional, em Arapiraca.

Em linhas gerais, o sistema de saúde existente está organizado em rede de maneira integrada, com estratificação dos riscos e voltado para os determinantes sociais da saúde, os fatores de risco e as doenças ou condições estabelecidas, coordenada pela atenção primária de maneira colaborativa, proativa, baseada em planos de cuidados de cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais e pelos usuários.

As demandas dos usuários mudam com o crescimento do município o qual está em constante atualização e aprimoramento específico, além do contato direto com os usuários, para que possam efetuar a correta operacionalização e organização dos sistemas locais de saúde.

Quadro 01 – Síntese dos Pontos de Atenção à Saúde no município de Estrela de Alagoas/AL.

Pontos de Atenção à Saúde	Quantidade
Estratégias de Saúde da Família - ESF	07
Postos de apoio	12
Agentes Comunitários de Saúde – ACS	44
Centro de Saúde	01
Estratégias de Saúde Bucal – ESB	07
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-I	01
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	01
Academia da Saúde (em construção)	01
Farmácia Central e Almoxarifado	01

Fonte: Matriciamento – NASF-I, 2020.

1.2.1 Organização dos pontos de atenção à saúde de Estrela de Alagoas/AL

O modelo de saúde predominante no município está pautado segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, com foco em Saúde da Família como estratégia de reorganização da Atenção Primária a Saúde – APS. Podemos defini-lo ainda como Modelo Biopsicossocial, visto que não é apenas a doença em si e o tratamento delas, mas todos os aspectos que estariam diretamente relacionados ao fenômeno do adoecer, sejam eles fisiológicos, psicológicos, sociais, ambientais, dentre outros, os quais também devem ser considerados para que o tratamento seja eficaz.

Entretanto, ainda é possível ver o modelo biomédico em algumas Unidades de Saúde, que não são a maioria, pois existe uma dificuldade por parte de alguns profissionais em se inserirem no contexto de “Estratégia” que a Saúde da Família pede, seja pela forma como organizam o seu cronograma de trabalho, seja pela sua carga horária por vezes inflexível ou pelo simples fato de não haver interesse.

No que diz respeito a referência e contrarreferência, todos os meses, geralmente na segunda terça-feira do mês, é realizada uma reunião com todos os Coordenadores da Saúde na sala de Atenção Básica para firmar futuras demandas e ações, além de compartilhar as experiências exitosas e não exitosas do seguimento ao qual cada um fica responsável, assim, todos podem ter um panorama geral da saúde no município, ajudar e compartilhar as situações a serem trabalhadas.

Estes momentos de reunião, seja entre a equipe ou entre a equipe e os demais seguimentos, são de suma importância, principalmente para estreitar os laços e aumentar os vínculos com os outros servidores da saúde gerando assim mais produtividade e resolubilidade.

A Estratégia de Saúde da Família mantém um acompanhamento na unidade para seus grupos (gestantes, hipertensos e diabéticos) e casos específicos (vacinas, citologias, testes rápidos, entre outros), além de um cronograma semanal de visitas a pacientes acamados ou impossibilitados de se direcionar a unidade, aliado a esse cronograma o NASF-I mantém um cronograma de visitas e acompanhamentos quinzenais.

As visitas compartilhadas são solicitadas por cada unidade mediante o preenchimento da ficha de encaminhamento para o NASF-I e entrega da mesma para que possamos organizar nosso cronograma de visitas mensais, além de termos

um panorama do caso a ser visitado. A cada três meses realizamos a contrarreferência de todos os casos acompanhados, entregamos as unidades correspondente e nos reunimos com a mesma para qualquer esclarecimento. Todas as reuniões realizadas e as intercorrências do NASF-I ficam registradas em um livro de Ata e todo o acompanhamento dos pacientes em prontuário lotado na sala de apoio do NASF-I.

Caso surja algum encaminhamento cuja complexidade do caso requer uma articulação maior entre os profissionais envolvidos iniciamos a construção de um Projeto Terapêutico Singular – PTS, avaliamos e reavaliamos as metas e as necessidades do paciente. Com esse instrumento podemos ter uma visão ampla do paciente e promover um melhor compartilhamento com o paciente sobre todas as intervenções que vão ser aplicadas a ele.

Essa negociação com o paciente e com os cuidadores fortalece a corresponsabilidade do caso e das ações a serem tomadas fora da unidade e nos momentos em que o paciente está fora do atendimento. A aplicação do PTS amplia a produtividade de alguns casos no município, uma vez que projeta esta corresponsabilidade do cuidado também aos demais membros da equipe do próprio NASF-I e da Unidade de Referência, evitando assim, que os casos sejam apenas repassados para a equipe sem o compromisso da Unidade de Referência por julgar determinado caso como “resolvido” apenas pelo fato de ter sido encaminhado.

Quadro 02 – Síntese dos Sistemas de Apoio e Logístico do município de Estrela de Alagoas/AL

Estratégias integrantes da rede	Parceiros e colaboradores da rede	Atividades ambulatoriais do Centro de Saúde	Ações prioritárias da rede	Acesso as demandas “in loco” e acompanhamentos domiciliares	Transporte em saúde	Informação em saúde
Controle e Avaliação	Conselho Municipal de Saúde	Ambulatório de Nutrição	Grupo de Gestantes	07 carros próprios para as ESF	01 ônibus para viagens à Maceió	03 pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes
Saúde da Mulher	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente	Ambulatório de Psicologia	Grupo de Cuidadores	01 carro próprio para NASF-I	01 Van para viagens à Arapiraca	Implantação do Programa Cidades Digitais (em andamento)

Saúde Bucal	Conselho Tutelar	Ambulatório de Fisioterapia	Grupo de Aleitamento Materno	01 carro próprio para CAPS	10 ambulâncias	
Programa Saúde na Escola – PSE	Centro de Referência de Assistência Social – CRAS	Ambulatório de Ginecologia	Grupo de Saúde do Trabalhador e Ergonomia	01 carro próprio para Atenção Básica		
Núcleo de Promoção da Saúde	Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS	Ambulatório de Pediatria	Grupo de Cuidados com a Coluna Vertebral			
Assistência Farmacêutica (com implantação e informatização do HORUS)	Secretaria de Serviço Social e Educação	Assistência Médica Ambulatorial - AMA				
Vigilância Epidemiológica	Associação Pestalozzi de Arapiraca – Projeto encurtando distâncias (solicitações de OPME)					
Vigilância às Endemias						
Programa Nacional de Imunizações – PNI						
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN						

Fonte: Matrificação – NASF-I, 2020.

1.3 Aspectos da comunidade

1.3.1 Município de Estrela de Alagoas/AL

Observa-se que cultura e religião andam juntas, mostrando a sua importância diante da sociedade e o quão fortes são na formação da identidade dos moradores e da própria cidade, fato que se evidencia nas festas tradicionais do município que acontecem em janeiro, junho e dezembro, respectivamente, festa da Paróquia de São João Batista, padroeiro da cidade, a tradicional festa de São Sebastião no povoado de Impoeiras, sendo uma das maiores festas realizadas no interior de Alagoas e a festa do Caju (MENDONÇA e SIMÕES, 2012, p. 342).

Algumas manifestações da cultura popular ganham destaque como a quadrilha junina, a cavhada e o pastoril (MENDONÇA e SIMÕES, 2012, p. 342). O município ainda conta com uma biblioteca pública, a Biblioteca Pública Municipal

Desembargador Hélio Cabral, vinculada à Secretaria Especial da Cultura e ao Sistema Nacional de Bibliotecas Públicas – SNBP que tem como objetivo proporcionar à população bibliotecas públicas estruturadas, de modo a favorecer a formação do hábito de leitura e estimular a comunidade ao acompanhamento do desenvolvimento sociocultural do País.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em Estrela de Alagoas é baixo (0,534) apesar do seu crescimento em relação a outros anos. Esse índice leva em conta a longevidade, a educação e a renda e tem estreita relação entre condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população (IBGE, 2017).

A maior parte da população de Estrela de Alagoas é de baixa renda, sendo a feira livre parte fundamental da economia do município, contando ainda como principais atividades econômicas: o comércio, serviços e agropecuária. Em 2017, o salário médio mensal era de 1.6 salários mínimos, valor superior à média mensal em 2005 que era de 120,52 reais, cerca de 46,35% do salário mínimo nacional da época.

Ainda em 2017, a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 4.3% (788 pessoas), um aumento de 3,28% em relação ao ano de 2005 que foi de 1,02% (167 pessoas), e considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 56% da população nessas condições.

A progressão econômica se dá pela constituição essencialmente rural do município, com cerca de 76,64% da população e apenas 23,36% vivendo na zona urbana, vale ressaltar que a taxa de trabalho infantil é de 29,9% (IBGE, 2010; IBGE, 2017; IBGE, 2018).

Apesar de ter menos de 20 mil habitantes e uma área de pouco mais de 264 km², Estrela de Alagoas conta com mais de 23 associações rurais. Na área da pecuária, conta com os seguintes rebanhos: bovinos, suínos, equinos, asininos, muares, caprinos, ovinos e aves. Destaca-se a pecuária bovina, enquanto as demais criações animais não tem expressividade. O leite é destinado à Valedourado, antiga Indústria de Laticínios Palmeira dos Índios S/A (Ilpisa), em Palmeira dos Índios (MASCARENHAS et al, 2005, p. 10; IBGE, 2010; IBGE, 2018; MENDONÇA e SIMÕES, 2012, p. 343).

Na área agrícola, com base na agricultura familiar: coco-da-baía, laranja, pinha, caju, manga, maracujá, algodão, batata doce, fava, com forte base no cultivo do feijão, da mandioca e do milho. A carência de assistência técnica, crédito e canais de comercialização faz com que essa produção não tenha crescimento e que outras culturas tradicionais, como algodão, batata e fava, venham desaparecendo (MASCARENHAS et al, 2005, p. 10; IBGE, 2010; MENDONÇA e SIMÕES, 2012, p. 343).

O Extrativismo produz: castanha de caju, carvão vegetal e Lenha. Existe uma significativa produção regional de caju (Belém, Palmeira dos Índios e Igaci), que é comercializada para o Ceará, sem nenhum aproveitamento industrial. Segundo a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), Estrela de Alagoas, assim como Mar Vermelho, Viçosa, Quebrangulo e Palmeira dos Índios, tem potencialidade econômica e climática para a produção de mamona. Essa produção deverá ser destinada a uma usina de biodiesel em Arapiraca. Estrela de Alagoas é o município mais pobre da microrregião, possuindo fortes vínculos com Palmeira dos Índios (MASCARENHAS et al, 2005, p. 10; IBGE, 2010; MENDONÇA e SIMÕES, 2012, p. 343).

O município possui 16 estabelecimentos de ensino, sendo 15 municipais e 1 estadual, dos quais: 13 possuem creches, 9 possuem ensino fundamental e um conta com ensino médio, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 96,7% (IBGE, 2010) e a taxa de analfabetismo é de 40,1% (IBGE, 2017).

A taxa de abandono caiu de 4,8% em 2015 para 1,5% em 2017 no ensino fundamental e de 15,5% em 2015 para 2,5% em 2017 no ensino médio (IBGE, 2018). A taxa de aprovação subiu de 83,9% em 2015 para 95,3% em 2017 no ensino fundamental e 80,3% em 2015 para 93,7% em 2017 no ensino médio (IBGE, 2018). A taxa de reprovação caiu de 11,3% em 2015 para 3,2% em 2017 no ensino fundamental e 4,2% em 2015 para 3,8% em 2017 no ensino médio (IBGE, 2018).

O município encontra-se inserido na bacia hidrográfica do Rio São Francisco, sendo banhado pela sub-bacia do Rio Traipu, que limita o município a sudoeste, e cujos principais tributários (rios de menor bacia hidrográfica) são o Riacho do Boi, na porção centro-leste e o Rio Doce, na porção sul do município. O padrão de drenagem é do tipo dendrítico, ou seja, com muitas ramificações, afluentes e subafluentes (MASCARENHAS et al, 2005).

Além das águas superficiais ainda possuem águas subterrâneas, estando inserido no Domínio Hidrogeológico Fissural: Subdomínio Rochas Metamórficas. Em 2005 foram registrados 37 poços tubulares (perfurados em rochas cristalinas) em terrenos públicos e 05 em terrenos particulares, sendo 24 destinados ao atendimento comunitário, 01 para uso particular e 17 com finalidade não definida, porém, dos 24 poços destinados ao atendimento comunitário, 15 estavam em operação e 09 paralisados devido a problemas de manutenção ou quebra de equipamentos (MASCARENHAS et al, 2005).

Em relação ao uso da água, 37% fazem uso doméstico primário (consumo humano para beber), 19% fazem uso doméstico secundário (consumo humano para beber e uso geral) e 44% destinou-se a dessedentação animal (MASCARENHAS et al, 2005).

Em relação a qualidade da água dos poços, 87,50% verificou-se a predominância de água salgada (salina) e 12,5% de água salobra, não mostrando evidência de água doce. Apesar do município possuir 08 dessalinizadores apenas 02 encontravam-se em operação normal, evidenciando a necessidade de uma urgente intervenção do poder público, principalmente no que concerne aos poços comunitários, visando a instalação e a recuperação dos dessalinizadores, para melhoria da qualidade da água oferecida à população e redução dos riscos à saúde existentes (MASCARENHAS et al, 2005; IBGE, 2016).

No município encontram-se 610 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (12,2%), significando que para quase 2,440 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água e etc (IBGE, 2010). Apenas 6.4% de domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, porém o município não possui um serviço de esgoto (coleta e tratamento), 73% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2018).

A atividade política partidária mostra uma realidade comum aos demais municípios interioranos, onde apenas um grupo político detém a administração municipal, que é passada de indicação por indicação, completando em 2020 cerca de 24 anos no poder.

Apesar da crescente divergência relacionada a opinião pública sobre a atual gestão, tendo em vista a estagnação do desenvolvimento do município em termos de infraestrutura, educação e saúde, além dos escândalos políticos noticiados pela imprensa envolvendo desvios de verba dos mesmos seguimentos, a população que apoia a oposição e a própria oposição nunca conseguiram fazer frente em número de votos.

Esse fato pode estar relacionado a dois aspectos fundamentais, território de concentração da população e grau de estudo do eleitorado. De acordo com o último censo feito pelo IBGE em 2010, de um total de 17.251 pessoas, 13.222 moravam em zona rural e apenas 4.029 pessoas em zona urbana, vale ressaltar que o município faz divisa com 5 municípios e que sua zona rural é extensa além de que as ações relacionadas a política sempre focaram em tal extrato social, visto que em todas as eleições a administração atual perdia em número de votos da zona urbana, porém era elegida pela quantidade massiva de apoiadores da zona rural.

Outro fator importante a ser considerado é o grau de estudo dos eleitores, em 2010 53% (6.568 eleitores) não possuíam instrução, 35% (4.278 eleitores) possuíam 1º grau, 11% (1.309 eleitores) possuíam 2º grau e apenas 1% (95 eleitores) possuía nível superior. Dias e Kerbauy (2015) em sua pesquisa sobre engajamento cívico e escolaridade superior durante as eleições de 2014, analisaram o comportamento político dos brasileiros e concluíram que:

Os mais escolarizados são os mais propícios a votar, mesmo se o voto não fosse obrigatório, a ter o costume de ler jornal, impresso ou digital, e a recorrer aos telejornais nacionais e regionais para obter informações em geral, inclusive sobre política. Apesar dos testes não identificarem significância entre os baixos percentuais, a análise descritiva sugere que os que têm ensino superior são os que mais ouvem notícias pelo rádio. De toda maneira, podemos dizer que os mais escolarizados têm mais probabilidade de ser os mais bem informados sobre a conjuntura política, independentemente de seus valores e posicionamentos ideológicos. (DIAS e KERBAUY, 2015, p.173)

Com esses indicadores podemos entender um pouco do panorama do município e sobre a interação social frente a política, evidenciando o quanto e como ela afeta o governo e a democracia.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade em 2017 foi de 14.35 para 1.000 nascidos vivos, evidenciando uma redução gradativa em decorrência da crescente reestruturação da Atenção Básica, dos serviços e setores de saúde, haja

vista que em 2014, 2015 e 2016 foram evidenciadas as médias de 26.74, 22.52 e 31.25 respectivamente.

Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, realizam de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU (IBGE, 2017).

Segundo dados do IBGE, no ano de 2017, em Estrela de Alagoas as mães de cerca de 1,5% dos recém-nascidos não realizaram consulta de pré-natal. Menos da metade das grávidas (44,7%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (12,1%), para o aumento do parto cesáreo (64,2%) e para a elevada prematuridade (10,6%), entre outros fatores.

As internações devido a diarreias são de 1.2 para cada 1.000 habitantes, segundo dados do IBGE no ano de 2018.

Quadro 03 - Aspectos demográficos do município de Estrela de Alagoas/AL

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	0	0	0
1-4	736	670	1.406
5-14	1.717	1.724	3.441
15-19	885	885	1.770
20-29	1.330	1.441	2.771
30-39	1.060	1.138	2.198
40-49	904	923	1.827
50-59	701	802	1.503
60-69	583	722	1.305

70-79	344	365	709
≥ 80	144	177	321
TOTAL	8.404	8.847	17.251

Fonte: IBGE, 2010.

1.3.2 Estratégia de saúde da família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo

Como a Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-I atua em todo o território municipal, abrangemos as 07 (sete) Estratégias de Saúde da Família – ESF, além dos 12 postos de apoio espalhados pelas micro áreas correspondentes e os demais setores de saúde, educação e assistência.

Como mencionado acima, atuamos em todo o território, porém como nosso ponto de apoio está localizado no Centro de Saúde do município serão relatados neste trabalho, os aspectos socioeconômicos da Estratégia de Saúde da Família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo.

A ESF está localizada no coração da zona urbana da cidade, próxima a Secretaria Municipal de Saúde, abrangendo 06 micro áreas, 895 famílias e cerca de 3.580 pessoas, dentre as quais, 298 hipertensos, 110 em uso de medicação controlada, 92 diabéticos, 13 acamados, 10 gestantes, 10 cadeirantes e atua em conjunto a uma estratégia de saúde bucal.

Além das ações cotidianas, de cuidados com hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças, possui um enfoque na saúde do idoso e na saúde do homem, pois a unidade registra uma baixa procura e adesão dos homens a unidade de saúde, assim, a equipe tenta desprender um pouco de suas ações para a captação desse grupo, buscando conscientizar sobre a importância do homem em buscar a unidade de saúde não apenas quando se tem uma afecção instalada, mas para consumir saúde e informação de várias formas.

A unidade realiza ações junto ao programa de saúde na escola – PSE. Seu território conta com duas escolas, sendo uma municipal e outra estadual, além de uma creche municipal, localizada ao lado da ESF. O território conta ainda com um CRAS, uma Associação de Moradores e um Alcoólicos Anônimos.

Os moradores da área de abrangência possuem uma situação econômica relativamente melhor que as demais áreas, a maior parte são comerciantes e uma outra parte atua em alguma função ligada a prefeitura municipal.

A parte de saneamento é mais organizada e estruturada, com água encanada, energia e coleta de lixo, além de uma boa parte de pavimentação na área, porém deixando a desejar no quesito acessibilidade.

Apesar da quantidade crescente de cadeirantes na área adscrita, o município não conta com acessibilidade em suas ruas e praças, dificultando a vida dessa população, como resultado, a maior parte dos cadeirantes não circula pelo município, restringindo sua locomoção ao domicílio e ruas adjacentes à sua moradia. Vários projetos de acessibilidade foram iniciados, porém nenhum concluiu com êxito suas ações.

A área conta ainda com uma quadra poliesportiva coberta e um campo de futebol ao ar livre, ao lado do campo iniciou-se a construção de uma Academia da Saúde.

Quadro 04 - Aspectos epidemiológicos da Estratégia de Saúde da Família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo.

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	10 (05/2020)
Hipertensos	298
Diabéticos	92
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	11
Pessoas que tiveram AVC	17
Pessoas que tiveram infarto	04
Pessoas com doença cardíaca	06
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	04
Pessoas com hanseníase	02
Pessoas com tuberculose	00
Pessoas com câncer	02
Pessoas com sofrimento mental	23
Acamados	13
Fumantes	301
Pessoas que fazem uso de álcool	120

Usuários de drogas	09
--------------------	----

Fonte: Matriciamento – NASF-I, 2020.

1.4 O Centro de saúde – estratégia de saúde da família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo

O Centro de Saúde Dr. Gastão Leão Rêgo, Estratégia de Saúde da Família 02, foi inaugurado há quase 20 anos e está situado no coração da cidade, em uma das ruas principais do município, a menos de 500 metros da Secretaria Municipal de Saúde.

Com terreno próprio, o Centro de Saúde passou por uma ampliação e reestruturação em 2017 e 2019 trazendo mais comodidade aos usuários dos serviços de atenção básica e média complexidade, além de favorecer o trabalho dos profissionais de saúde. Em 2019, através de uma emenda parlamentar houve a aquisição de novos materiais permanentes como: birôs, estantes, arquivos, cadeiras, fogão, bebedouros, geladeira, ventiladores, entre outros.

A unidade conta com recepção e sala de espera amplas, sala de arquivo e marcação, sala de digitação, sala de antropometria, sala de vacinação, sala do enfermeiro, sala de apoio do NASF-I, ginásio terapêutico para fisioterapia, sala de ginecologia, sala de clínica médica, sala de psicologia, sala de nutrição, sala de curativos, sala para esterilização, sala com dois leitos para observação e ventiladores mecânicos em processo de aquisição, copa, banheiros de uso profissional e de uso para a comunidade, dormitório para motoristas de ambulância, sala de reuniões, depósito, sala da coordenação da unidade onde fica o sistema de vigilância da unidade, e sala do dentista, que durante a pandemia de 2020, foi direcionada a unidade sentinela para atendimento as pessoas suspeitas de covid-19 e síndromes gripais.

A maioria das atividades em grupo são realizadas no ginásio de fisioterapia por ser maior do que a sala de reuniões, quando possível realizamos as atividades na frente da Unidade, em um espaço onde os carros da unidade ficam guardados, que também é bem amplo e murado, porém a céu aberto.

1.5 A equipe de saúde da família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo

A Estratégia de Saúde da Família 02 é constituída por profissionais de diferentes categorias da área da saúde, além de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-I, a qual se encontra descrita no quadro a seguir:

Quadro 05 - Quantitativo de profissionais da ESF 02 e NASF-I, segundo categoria profissional. Município de Estrela de Alagoas, 2020

Profissionais ESF 02	Quantidade	Profissionais NASF-I	Quantidade
Agentes Comunitários de Saúde – ACS	06	Fisioterapeuta	01
Médico Clínico Geral	01	Nutricionista	01
Médica Ginecologista	01	Psicólogo	01
Enfermeira	01	Educador Físico	01
Técnico de Enfermagem	01	Assistente Social	01
Auxiliar de Enfermagem	01		
Dentista	01		
Auxiliar de Saúde Bucal	01		
Nutricionista	01		
Psicólogo	01		
Fisioterapeuta	02		
TOTAL	17	TOTAL	05

Fonte: Matriciamento – NASF-I, 2020.

1.6 O funcionamento da unidade de saúde da ESF 02 e NASF-I

A Estratégia de Saúde da Família 02 funciona das 7:30h às 17:00h, de segunda-feira à sexta-feira. Durante esse mesmo horário o NASF-I exerce suas funções, porém não permanece na Unidade. As atividades são distribuídas durante a semana para que possam abranger as 07 ESF e suas demandas. Possui contato direto com todos os Enfermeiros e Agentes Comunitários, Gestão, Atenção Básica, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar, Secretaria de Serviço Social e Educação; com esses contatos é possível agilizar os

mais diversos tipos de demandas, além de facilitar a articulação de possíveis reuniões.

1.7 O dia a dia da equipe da ESF 02 e do NASF-I

Cronograma da ESF 02:

- Segunda: Demanda espontânea (manhã), reunião de equipe (tarde);
- Terça: Saúde do adulto (adultos, hipertensos e diabéticos);
- Quarta: Saúde da mulher (pré-natal, citologia, planejamento familiar), grupo de gestantes (tarde);
- Quinta: Visitas domiciliares;
- Sexta: Saúde da criança.

Cronograma dos profissionais do NASF-I:

- Segunda: Fisioterapeuta, Educador Físico, Nutricionista e Psicólogo;
- Terça: Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social;
- Quarta: Fisioterapeuta, Educador Físico, Nutricionista e Psicólogo;
- Quinta: Nutricionista e Assistente Social;
- Sexta: Nutricionista e Educador Físico.

A agenda do NASF-I é elaborada mensalmente, englobando as necessidades de cada ESF, as ações já instituídas pelo município, o cronograma de datas relacionadas a saúde nacionalmente e o organograma das instituições (saúde, educação e assistência). Assim, é possível que os setores trabalhem de forma integrada.

O cronograma impresso é disponibilizado previamente, elaborado e acordado com as unidades, onde constam também os números de contato, o cartão nacional de saúde de cada integrante da equipe, para facilitar as produções das Unidades apoiadas por nós, e o e-mail do NASF-I. Além do Centro de Saúde, onde o NASF-I está lotado, os dados são afixados nos murais de cada ESF, CAPS, Secretaria Municipal de Saúde - SMS, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, Secretaria Municipal de Educação - SEMED e prefeitura. Durante a semana um profissional

integrante da equipe do NASF-I passa na SMS para verificar se há algum comunicado interno e quando, por algum motivo, não é possível, o comunicado é enviado para a sala de apoio do NASF -I no Centro de Saúde.

1.7.1 Processo de trabalho da equipe da ESF 02 e do NASF-I

A Estratégia de Saúde da Família – ESF realiza uma pré-consulta com os usuários que chegam à unidade, muitas vezes essa pré-consulta é realizada pelo técnico de enfermagem, outras vezes pelo auxiliar. Durante a pré-consulta é feita a triagem e a escuta qualificada. Enquanto NASF-I tentamos ao máximo dentro da educação permanente conversar com os profissionais sobre este processo de acolhimento e humanização, para que se incorpore a pré-consulta.

A ESF nos mostra um aspecto conhecido em outros municípios, o qual o paciente precisa chegar muito cedo às unidades para conseguir uma ficha para atendimento médico, sendo disponibilizadas apenas 25 fichas/dia.

O tempo de espera para esta especialidade chega a ser superior ao tempo de atendimento da mesma, fato que não acontece com as demais especialidades como: Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Enfermagem, as quais possuem agenda compartilhada e integrada às ações de prevenção e promoção, além de agendamentos mais flexíveis e contínuos com os usuários. Nesse sentido a aceitabilidade fica fragilizada pela dificuldade entre a relação médico-paciente, devido aos horários e a agenda do profissional em que muitas vezes não se adequa a realidade da população.

A ESF mantém, com o apoio do NASF-I, um acompanhamento na unidade para seus grupos, casos específicos e demanda espontânea, além de um cronograma semanal de visitas a pacientes acamados ou impossibilitados de se direcionar a unidade, aliado a esse cronograma o NASF-I mantém um cronograma de visitas e acompanhamentos quinzenais, o quais são previamente solicitados por cada unidade mediante o preenchimento da ficha de encaminhamento e a cada três meses realizamos a contrarreferência de todos os casos acompanhados e quando necessário realizamos um Projeto Terapêutico Singular - PTS.

O município conta em seu quadro com 03 (três) fisioterapeutas, 02 (dois) profissionais em ambulatório, sendo um profissional responsável por ambulatório e

outro por visitas domiciliares e um profissional para o NASF-I. A demanda do ambulatório é feita através de marcações, encaminhamentos e lista de espera para desta forma realizar o cronograma de atendimentos.

A comunicação entre NASF-I e o ambulatório de fisioterapia é constante e dessa forma ambos organizam o cronograma de atendimentos, uma vez que apenas um profissional é responsável por visitas domiciliares e o NASF-I colabora desafogando essa demanda que também nos compete.

As visitas compartilhadas são solicitadas por cada unidade mediante o preenchimento da ficha de encaminhamento para o NASF-I e entrega da mesma para que possamos organizar nosso cronograma de visitas mensais, além de termos um panorama do caso a ser visitado.

Além das visitas domiciliares a equipe fortalece, apoia e incentiva as ações nos grupos de gestantes, grupos de cuidadores, grupos de aleitamento materno e se responsabiliza pelos grupos de saúde do trabalhador e ergonomia e grupos de cuidados com a coluna vertebral.

Durante a semana, são encaminhados ao Centro de Saúde, são encaminhados casos específicos aos ambulatórios de nutrição, ao qual necessitam de um acompanhamento de maior urgência, e psicologia, com acompanhamento em todas as fases da vida. Todo o fluxo ambulatorial é feito por marcações realizadas na unidade ou demanda encaminhada.

Realizamos ainda salas de espera com temas variados e voltados para as campanhas municipais e nacionais, bem como temas relacionados a realidade das regiões, diariamente no período de maior movimento (manhã). Ao final de cada sala de espera, feita na modalidade de roda de conversa, pedimos aos usuários que comentem ou relatem sobre o tema e o que eles desejam que seja abordado futuramente, suas dúvidas e curiosidades.

1.7.2 Planejamento e avaliação das ações a serem ofertadas à população

Além das reuniões de Coordenadores da Saúde, realizadas toda segunda terça-feira do mês, na sala de Atenção Básica, a ESF 02 realiza suas reuniões semanalmente as segundas-feiras, geralmente no período da tarde. O NASF-I

realiza suas reuniões semanalmente, as terças-feiras, pois é o dia onde todos os profissionais estão presentes.

As reuniões entre NASF-I e ESF 02, acontecem mediante organização dentro do cronograma do mês, realizado previamente com a Enfermeira da unidade e o Coordenador do NASF-I. Na última quinta-feira do mês é realizado uma reunião entre Coordenação de Atenção Básica e os Enfermeiros das 07 ESF e na última sexta-feira do mês, no período da manhã é realizada uma reunião entre a Coordenação de Atenção Básica e os Agentes Comunitários de Saúde. Coordenação de Atenção Básica e NASF-I se reúnem na primeira segunda-feira do mês. As reuniões nos possibilitam uma troca de experiências exitosas ou não, além do compartilhamento das demandas para que juntos possamos aperfeiçoar o nosso processo de trabalho.

Além das reuniões, o NASF-I realiza o matriciamento das ESF a cada 6 meses, para que assim possamos estar sempre por dentro das mudanças locais e epidemiologias das microáreas correspondentes a cada ESF e assim poder planejar nossas ações de uma maneira mais resolutiva, atualizada e permanente.

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

1.8.1 Principais problemas relacionados ao sistema municipal de saúde de Estrela de Alagoas/AL

Quando falamos no funcionamento do Sistema Municipal de Saúde, encontramos uma realidade permeada de algumas particularidades, nem sempre positivas. Percebemos que existem algumas lacunas que merecem um pouco de atenção. Por exemplo, no município em que atuo, Estrela de Alagoas/AL, há ainda uma certa dificuldade em expor aos usuários o correto funcionamento da rede de saúde.

Isso porque, embora as redes se mostrem bem organizadas, esbarramos em dois pontos problemáticos, são eles: o primeiro diz respeito a uma parcela dos profissionais de saúde que embora componham a rede, não compreendem e nem são comprometidos com o seu bom funcionamento, e conseqüentemente, não

estabelecem uma boa comunicação com os usuários, o que prejudica o bom andamento do serviço de saúde. Conseqüentemente, faz com que o usuário não seja atendido e tenha que se deslocar até conseguir atendimento, ou até mesmo retornar para sua residência sem conseguir uma resposta para sua demanda.

O segundo ponto diz respeito a um número significativo de usuários que ainda recorrem aos representantes políticos (prefeito e vereadores, por exemplo), na esperança de conseguir atendimento médico de maneira mais rápida, reforçando a cultura da troca de favores ainda bastante comum nos municípios do interior, em detrimento da luta por um atendimento digno e do conhecimento de seus direitos e do funcionamento da rede de saúde pública e seus serviços, se abstendo de uma participação ativa no processo.

Todo esse mecanismo prejudica o andamento do sistema municipal de saúde, pois em muitos casos, e sobretudo, pela cultura da política local, há o incentivo do assistencialismo como sinônimo de promoção de saúde, que vai de encontro aos princípios do SUS e sua criação, fundamentada na luta e participação popular.

1.8.2 Principais problemas relacionados à unidade básica de saúde

Atualmente na Estratégia de Saúde da Família 02, percebe-se a dificuldade de aquisição de materiais de uso contínuo e EPIs. Sabemos que com o avanço da Pandemia de COVID-19, neste ano de 2020, muitos municípios estão carentes de insumos e com dificuldade de aquisição pelo baixo estoque e produção dos mesmos, além de existir uma demora de transporte; porém, importante destacar que a aquisição de tais insumos já era um ponto negativo muito antes da pandemia.

1.8.3 Principais causas de óbitos, causas de internação e doenças de notificação referentes à área de abrangência da ESF 02.

Óbitos:

- Complicações decorrentes da Hipertensão como: infartos e AVC;
- Complicações decorrentes da Diabetes como: dificuldade de cicatrização de feridas, levando a possíveis amputações e complicações concomitantes.

Causas de internação:

- Dengue, zika e chikungunya;
- Infarto levando a cirurgia cardíaca;
- Asma;
- Acidente de carro e moto;
- Acidente doméstico cursando com fratura (idosos).

Doenças de notificação:

- Dengue, zika e chikungunya;
- Hanseníase;
- Diarreia.

1.8.4 Principais problemas relacionados à situação de saúde da população adstrita à área de abrangência da ESF 02.

De acordo com a Estimativa Rápida aliada ao Matriciamento, realizado a cada 6 meses, podemos listar os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adstrita à área de abrangência, conforme o quadro 06.

Quadro 06 – Principais problemas relacionados à situação de saúde da população adstrita – ESF 02

Principais Problemas de Saúde - ESF 02 Dr. Gastão Leão Rêgo
Baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso
Aumento dos casos de diabetes
Aumento dos casos de obesidade infantil
Abuso de álcool por menores de idade
Aumento de problemas psicológicos
Síndrome do imobilismo (acamados)

Fonte: Matriciamento – NASF-I, 2020.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para o plano de intervenção

De acordo com a Estimativa Rápida aliada ao Matriciamento, realizado a cada 6 meses, podemos classificar e priorizar os problemas relacionados à situação de saúde da população adstrita à área de abrangência, conforme o quadro 07.

Quadro 07 – Classificação e priorização dos problemas

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de Enfrentamento***	Seleção
Baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso	Alta	8	Parcial	1
Aumento dos casos de diabetes	Alta	5	Parcial	3
Aumento dos casos de obesidade infantil	Alta	5	Parcial	4
Abuso de álcool por menores de idade	Alta	5	Parcial	2
Aumento de problemas psicológicos	Alta	4	Parcial	5
Síndrome do imobilismo (acamados)	Alta	3	Parcial	6

Fonte: Matriciamento – NASF-I, 2020.

* Alta, média ou baixa

** Total de pontos distribuídos em “Urgência” deve totalizar 30

*** Total, parcial ou fora

2 JUSTIFICATIVA

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, em suas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – DBHA 2020, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível de condição clínica multifatorial, definida pela elevação sustentada dos níveis pressóricos maiores ou iguais a 130 mmHg de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou 80 mmHg de pressão arterial diastólica (PAD) quando em Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), aquela que é feita pelo paciente em sua residência ou 140 mmHg de PAS e/ou 90 mmHg de PAD, quando realizada em consultório, aferidas com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, sem que o indivíduo esteja em uso de anti-hipertensivos, além disto a HAS frequentemente associa-se a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, agravando-se pela presença de outros fatores de risco, como diabetes melito e obesidade. Desta forma, a HAS mantém uma associação independente causando um aumento do risco de situações como o acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), ou seja, apesar de ser agravado pela presença de outros fatores, o efeito direto do não controle da HAS independe de outras variáveis para a predição de suas consequências (BARROS et al, 2020).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica, silenciosa, que aumenta conforme o avançar da idade. Estima-se que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HAS, chegando à marca de 7,1 milhões de óbitos por ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

A HAS é descrita como doença silenciosa pois em geral a pressão arterial elevada não apresenta sintomas de imediato, porém a longo prazo se não tratada poderá apresentar principalmente: tontura, sangramento nasal, falta de ar, dores de cabeça e visão turva, desencadeando assim problemas graves de saúde, sendo responsável por 14% do total de internações do Sistema Único de Saúde (SUS), onde 17,2% acontecem por AVC e IAM, gerando um grande impacto socioeconômico pelo aumento dos custos dos sistemas de saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013).

A baixa adesão terapêutica tem se mostrado outro importante fator de risco que contribui para a redução do controle da pressão arterial, além de aumentar os custos de morbidade, mortalidade e com a assistência à saúde. O aumento da adesão terapêutica não farmacológica, através de modificações no estilo de vida, proporciona uma redução na pressão arterial, favorece o controle de outros fatores de risco e aumenta a eficácia do tratamento farmacológico, além de auxiliar na redução do risco cardiovascular. Já o aumento da adesão terapêutica medicamentosa, pode reduzir o efeito colateral dos fármacos utilizados, reduzir a quantidade de doses diárias e da própria dose do fármaco, estabiliza a monoterapia ou progredi para a mesma, no caso de pacientes que fazem uso de mais de uma medicação, além de reduzir a quantidade de mudanças medicamentosas (MONANE et al, 1997; HASFORD, 2002; OLIVEIRA-FILHO et al, 2015; BARROS et al, 2020).

Levando em consideração o exposto e correlacionando os dados levantados, justifica-se a necessidade da execução deste projeto de intervenção, o qual parte da necessidade de se executar projetos que nos deem um panorama real da eficácia e eficiência de cada ação proposta, além de analisar os pontos positivos e negativos a serem trabalhados, uma vez que do total de hipertensos informados na área adstrita a área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo, apenas 36,9% fazem uso de medicação controlada e 12,1% praticam algum tipo de atividade física, gerando um grande risco a saúde dos usuários.

Existem ainda, fatores socioculturais, além de outros fatores de risco presentes na comunidade que favorecem o surgimento de quadros hipertensivos os quais precisam ser trabalhados como: alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, tabagismo, sedentarismo, principalmente entre os próprios hipertensos, hábitos alimentares e consumo indiscriminado de álcool.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para aumentar a adesão dos usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família 02 – Doutor Gastão Leão Rêgo do município de Estrela de Alagoas/AL, aos tratamentos ofertados para a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

3.2 Objetivos específicos

- Melhorar a adesão da comunidade aos serviços ofertados pela ESF com a captação de demanda reprimida;
- Conscientizar a comunidade sobre a importância da prevenção dos fatores de risco para o surgimento e agravamento da hipertensão arterial sistêmica;
- Propor a criação de grupos voltados para reeducação alimentar, controle do tabagismo e sedentarismo como forma de prevenção e tratamento da hipertensão;
- Reestruturar os grupos de hipertensos e diabéticos da ESF;
- Aumentar a adesão dos hipertensos aos tratamentos medicamentosos propostos pela ESF;
- Melhorar a qualidade de vida dos hipertensos da área adscrita a ESF.

4 METODOLOGIA

Para a construção do plano de intervenção proposto à atenção em saúde na Estratégia de Saúde da Família 02 – Doutor Gastão Leão Rêgo do município de Estrela de Alagoas/AL, utilizou-se o modelo de planejamento estratégico situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com o exposto em “Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde” (FARIA et al, 2018).

Para a revisão narrativa da literatura, foram incluídos ensaios clínicos e estudos transversais, relacionados às modalidades de maior estudo e publicação, utilizando como fonte de pesquisa as bases de dados Lilacs, PubMed, Scielo e Google Acadêmico, sem restrição de idioma.

Para as buscas nas bases de dados foi realizado cruzamento dos descritores em inglês hypertension, disease prevention, therapeutics, primary health care, em português hipertensão, prevenção de doenças, tratamento, atenção primária, todas cadastradas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e recorreu-se ao operador lógico “AND” para combinação dos termos utilizados no rastreamento das publicações.

Os artigos levantados na busca às bases de dados eletrônicos foram submetidos à revisão, a fim de selecionar àqueles que se enquadraram no tema do projeto.

Para a redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações expostas em “Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso” (CORRÊA et al, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo o *The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (1997), existe um problema frequente na adesão ao tratamento farmacológico ou não-farmacológico dos pacientes com hipertensão, onde a maioria dos pacientes não adota mudanças realmente significativas nos hábitos de vida e na administração adequada da medicação, afim de atingir um controle satisfatório. Em média, dois terços dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) não têm um controle adequado dos níveis pressóricos.

Bezerra et al (2009), ao avaliar as características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE e visando investigar a necessidade de implantar um serviço de atenção farmacêutica, observou, em relação aos medicamentos prescritos, que 10% dos usuários compreendiam o intervalo de uso dos medicamentos, 14% relatavam dificuldades na administração e 50% esqueciam de fazer uso.

Esse fato corrobora com os achados de Giroto et al (2013), que ao analisar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária, tendo como foco a área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família de Londrina, Norte do Paraná, pode investigar 356 hipertensos, constatando o esquecimento (32,2%) como principal motivo alegado para a não adesão ao tratamento. Também foram relevantes os motivos: achar que a pressão arterial estava controlada (21,2%), os efeitos adversos dos medicamentos (13,7%), não apresentar sintomas (11,0%), indisponibilidade de medicamentos na unidade de saúde (7,5%), não querer tomar medicamentos pelo resto da vida (7,5%), utiliza-los apenas quando se sente mal (6,8%), e ingestão de bebidas alcoólicas (6,2%).

Oliveira-Filho et al (2015) em um estudo transversal para avaliação da adesão de pacientes hipertensos e identificação de hipertensos resistentes, sendo a adesão determinada por meio da Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8), observou que a falta de adesão foi um problema importante entre os pacientes, onde 63% apresentaram PA não-controlada, dentre estes, 87,2% não eram aderentes à farmacoterapia anti-hipertensiva e apenas 2,3% foram

identificados com hipertensão arterial resistente (HAR). Ao todo, 95 dos 173 pacientes avaliados, que equivale a mais da metade dos pacientes do estudo, poderiam ser diagnosticados com hipertensão arterial pseudorresistente (HAPR) causada pela não adesão terapêutica.

É importante ressaltar que esses estudos explicitam a necessidade de estabelecer medidas que permitam ao usuário exercer o autocuidado, compreendendo a importância de uma mudança comportamental e da adesão ao plano medicamentoso. Nesse sentido as equipes de saúde da família em parceria com as equipes multidisciplinares devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde e no atendimento aos portadores de HAS, a fim de melhorar a sua qualidade de vida.

Fletcher et al (2001) e Whelton et al (2002), em seus estudos controlados puderam constatar que exercícios aeróbicos associados a exercícios resistidos promoveram reduções significativas na pressão arterial do envolvidos.

Podemos perceber que do total de hipertensos informados pela ESF 02 (quadro 08), apenas 36,9% fazem uso de medicação controlada e 12,1% praticam algum tipo de atividade física. Em linhas gerais a prática de atividade física ajuda a regular o sistema nervoso simpático, que é responsável pelos movimentos automáticos do organismo, como o ritmo da respiração, a abertura da pupila e a pressão arterial. O exercício promove uma diminuição da força e do número de batimentos cardíacos, além de deixar os vasos sanguíneos periféricos mais dilatados reduzindo assim o trabalho cardíaco.

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e seu possível agravamento, podemos destacar dois dados importantes, o primeiro diz respeito ao tabagismo e segundo a diabetes mellitus.

De acordo com Stewart et al (1994), embora o fumo não seja um fator de risco para o desenvolvimento da HAS, sabe-se que fumar está ligado diretamente com um aumento na oscilação da pressão arterial, além do fato de que hipertensos que fumam têm um maior risco de desenvolverem hipertensão crônica, comorbidades patogênicas e conseqüentemente vir a óbito.

Existem vários mecanismos que explicam o aumento da pressão arterial após o consumo dos derivados do tabaco. Acredita-se que a nicotina acarrete uma vasoconstrição direta dos vasos, ou seja, um estreitamento do diâmetro destes

vasos, além de um aumento da liberação da vasopressina, adrenalina e noradrenalina, substâncias que causam uma elevação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos.

Cruzera et al (1998), em seu estudo visando uma análise sobre a nefropatia diabética e seus aspectos fisiopatológicos, as peculiaridades da hipertensão no paciente diabético e as estratégias para um tratamento racional do paciente diabético e hipertenso com nefropatia, relata que a prevalência de hipertensão em indivíduos diabéticos é duas vezes maior que em uma população de não portadores da diabetes.

Dando continuidade à análise do quadro 08, podemos perceber dois dados importantes que se relacionam as causas da hipertensão, o primeiro diz respeito ao elevado número de fumantes e o segundo a um número considerável de diabéticos.

Quando falamos em trabalho cardíaco e eficiência hemodinâmica precisamos lembrar do grau de distensibilidade dos vasos sanguíneos, ou seja, o quanto eles conseguem dilatar e contrair a depender da necessidade do mesmo. Assim sendo, a diabetes pode causar um quadro de hipertensão, visto que a resistência à insulina dificulta o acesso das células à glicose circulante, deixando o sangue com níveis maiores de açúcar, o que contribui para o enrijecimento das artérias e conseqüentemente o aumento da pressão.

O município de Estrela de Alagoas é essencialmente composto de zonas rurais, com uma população em sua maioria de baixa renda com uma taxa de analfabetismo de 40,1% (IBGE, 2017). Diversos autores apontam que o nível educacional é um dos fatores mais importantes no estado de saúde, principalmente na saúde cardiovascular, sendo a baixa escolaridade associada às maiores taxas de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão.

Desse modo, torna-se um elemento essencial a ser considerado na abordagem da população em relação às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (VARGAS et al, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Outro fator importante a ser analisado e correlacionado ao número crescente de hipertensos, é a taxa de idosos e a expectativa de vida da população.

“De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. O Brasil tem mais de 28

milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população do país. E esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas, segundo a Projeção da População, divulgada em 2018 pelo IBGE. Para que os idosos de hoje e do futuro tenham qualidade de vida, é preciso garantir direitos em questões como saúde, trabalho, assistência social, educação, cultura, esporte, habitação e meios de transportes. No Brasil, esses direitos são regulamentados pela Política Nacional do Idoso, bem como o Estatuto do Idoso, sancionados em 1994 e em 2003, respectivamente. Ambos os documentos devem servir de balizamento para políticas públicas e iniciativas que promovam uma verdadeira melhor idade” (IBGE, 2019, p. 20).

A taxa de idosos em Estrela de Alagoas também merece atenção. O número de habitantes segundo o IBGE em 2010 foi de 17.251 pessoas, destas, 13,5% possuem idade igual ou superior a 65 anos, o que aumenta a prevalência de desenvolver hipertensão.

Com o passar dos anos o corpo humano sofre modificações fisiológicas, caracterizadas por um declínio gradual no funcionamento de todos os sistemas do corpo. A partir dos 65 anos ocorre um aumento da prevalência de desenvolver hipertensão. Este fato está ligado ao próprio processo de envelhecimento, uma vez que o corpo, ano após ano, passa por mudanças assim como as veias e artérias. A aorta por exemplo, a partir dos 60 anos, tende a perder a flexibilidade tornando-se mais rígida, e com isso dificultando a distribuição do sangue para o corpo, assim, o coração precisa trabalhar com mais intensidade e força para conseguir manter o suporte sanguíneo adequado para cada parte do corpo humano.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional de acordo com o exposto em “Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde” (FARIA et al, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

A ESF 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo está localizada na zona urbana da cidade, próxima a Secretaria Municipal de Saúde, abrange 06 micro áreas, 895 famílias e cerca de 3.580 pessoas, das quais 8,32% são hipertensos, segundo dados do e-SUS.

O quadro 08 expõe o levantamento de alguns indicadores que se relacionam diretamente as causas e conseqüências da hipertensão.

Quadro 08 – Descrição do problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso” na ESF 02, município de Estrela de Alagoas, 2020

Descrição	Valores	Fontes
Total de Hipertensos	298	e-SUS
Hipertensos em uso de medicação controlada	110	Registro da equipe
Diabéticos	92	e-SUS
Fumantes	301	Registro da equipe
Registro de AVC	17	Registro da equipe
Registro de Infarto	04	Registro da equipe

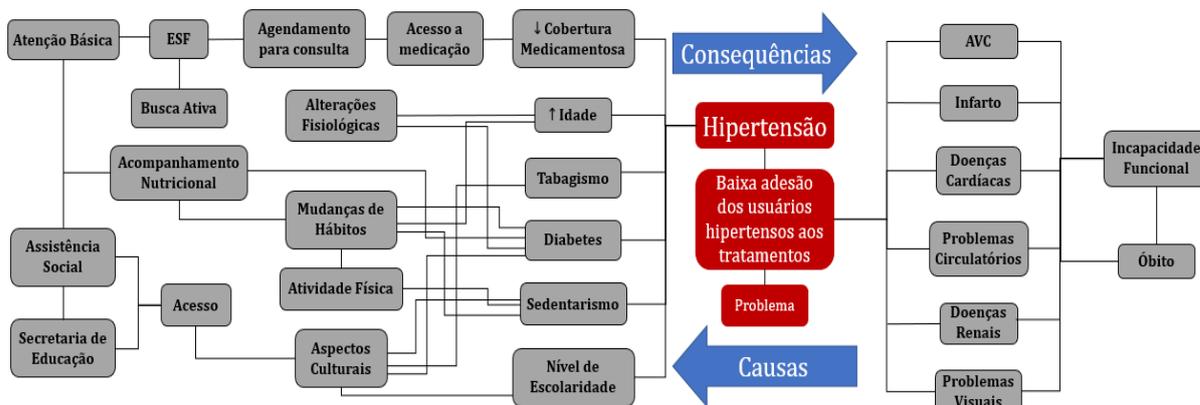
Registro de Doenças Cardíacas	06	Registro da equipe
Registro de Doenças Renais	04	Registro da equipe
Hipertensos Sedentários	262	Registro da equipe

Fonte: Matriciamento – NASF-I, 2020.

6.2 Explicação do problema selecionado

A Figura 01 expõe um esquema explicativo da cascata de eventos e causas que culminam no problema central, além de suas consequências para a população adstrita a área de abrangência da ESF 02.

Figura 01 – Esquema explicativo do problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”



Fonte: Matriciamento – NASF-I, 2020.

6.3 Seleção dos nós críticos

Após a análise dos dados, e tomando como base o esquema explicativo da figura 01, a equipe NASF-I selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal, o qual foi previamente selecionado como de alta importância, de pontuação alta em relação à urgência e com capacidade de enfrentamento pela equipe, assim possibilitando uma ação mais direta e resolutiva.

Quadro 09 – Nós críticos relacionados ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”

Nós Críticos
Diabetes
Sedentarismo
Tabagismo
Acompanhamento Nutricional
Mudança de Hábitos
Busca ativa de casos

Fonte: Matriciamento – NASF-I, 2020

6.4 Desenho das operações sobre o nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionados ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo, no município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas, estão detalhadas nos quadros a seguir:

Quadro 10 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo, com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF, bairro Centro, município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Diabetes
Operação	Mudança de hábitos aliada ao acompanhamento nutricional
Projeto / Resultados esperados	DM na Comunidade / Melhorar a adesão de 50% dos diabéticos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, no prazo de 6 meses.

Produtos esperados	Consulta direcionada. Implementação de grupo motivacional HIPERDIA NA COMUNIDADE. Panfletagem com orientações
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema, estratégias de comunicação e análise de dados. Político: Articulação entre NASF, ESF e Atenção Básica Financeiro: Aquisição de folhetos educativos e materiais de apoio a pratica de atividade física.
Recursos críticos	Político: Organização de agenda e cronograma dos atores envolvidos. Financeiro: Aquisição de folhetos educativos e materiais de apoio a pratica de atividade física, devido a atual pandemia (Covid-19).
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores/motivação)	Equipe NASF (motivação favorável). Equipe da ESF (motivação indiferente). Secretário municipal de saúde (motivação favorável).
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões (Equipe NASF, ESF e Atenção Básica).
Responsável / gerente pelo acompanhamento das operações	Equipe NASF: Nutricionista, Educador Físico e Psicólogo. Equipe ESF: Médico, Enfermeira e Nutricionista
Prazo	Um mês para o início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Consulta direcionada: Consulta médica e nutricional do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 ou 2. Serão elaborados prontuários que constem exames de glicose de jejum e resistência insulínica, comprovando o diabetes, além de anotações clínicas. Hipertensão na Comunidade: O grupo já existe em outras localidades e será implantado na ESF 02, com o acréscimo de rodas terapêuticas com o psicólogo do NASF. Serão reuniões semanais com rodas terapêuticas a cada 15 dias, rodas de conversas com temas abordados pela equipe NASF e ESF

	<p>acerca do assunto e momentos de atividade física orientada pelo Educador Físico da equipe NASF. Os encontros serão realizados em local aberto, respeitando o distanciamento mínimo entre os usuários e com a disponibilização de álcool gel (70%), luvas e mascarás para todos os participantes.</p> <p>Elaboração de panfletos: Serão elaborados panfletos de conscientização que serão espalhados pela comunidade, orientando os pacientes a procurarem atendimento na ESF. Nos panfletos será dada ênfase na importância de as pessoas prevenirem o diabetes por meio de consultas na unidade e também, se diagnosticados, que busquem um controle da doença junto a equipe de saúde. No panfleto, deverá ser divulgado o grupo Hiperdia na Comunidade.</p>
--	---

Fonte: Equipe NASF, 2020.

Quadro 11 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo, com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF, bairro Centro, município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Sedentarismo
Operação	Mudança de hábitos e estilo de vida
Projeto / Resultados esperados	Hiperdia na Comunidade / Reduzir em 50% os quadros de hipertensão e o número de hipertensos sedentários, no prazo de um ano.
Produtos esperados	Consulta direcionada. Programa de exercícios funcionais. Panfletagem com orientações.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema, estratégias de comunicação e análise de dados. Político: Articulação entre NASF, ESF e Atenção Básica Financeiro: Aquisição de folhetos educativos.

Recursos críticos	Político: Organização de agenda e cronograma dos atores envolvidos. Financeiro: Aquisição de folhetos educativos devido a atual pandemia (Covid-19).
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores/motivação)	Equipe NASF (motivação favorável). Equipe da ESF (motivação indiferente). Secretário municipal de saúde (motivação favorável).
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões (Equipe NASF, ESF e Atenção Básica).
Responsável / gerente pelo acompanhamento das operações	Equipe NASF: Educador Físico, Fisioterapeuta, Psicólogo e Nutricionista. Equipe ESF: Enfermeiro e Nutricionista
Prazo	Um mês para início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Consulta direcionada: consulta nutricional do paciente e orientações individuais do Educador Físico. Serão elaborados prontuários que constem o acompanhamento da pressão arterial, administração e acompanhamento medicamentoso, avaliação antropométrica, além de anotações clínicas. Hiperdia na Comunidade: O grupo já existe em outras localidades e será implantado na ESF 02, com o acréscimo de rodas terapêuticas com o psicólogo do NASF. Serão reuniões semanais com rodas terapêuticas a cada 15 dias, rodas de conversas com temas abordados pela equipe NASF e ESF acerca do assunto e momentos de atividade física orientada pelo Educador Físico da equipe NASF. Os encontros serão realizados em local aberto, respeitando o distanciamento mínimo entre os usuários e com a disponibilização de álcool gel (70%), luvas e mascarás para todos os participantes. Elaboração de panfletos: Serão elaborados panfletos de conscientização que serão espalhados pela comunidade, orientando os pacientes sobre os riscos e consequências do

	sedentarismo. Nos panfletos será dada ênfase na importância de as pessoas combaterem o sedentarismo por meio de mudanças de hábitos de vida e possíveis vícios, além da importância da atividade física. No panfleto, deverá ser divulgado o grupo Hiperdia na Comunidade.
--	--

Fonte: Equipe NASF, 2020.

Quadro 12 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo, com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF, bairro Centro, município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas.

Nó crítico 3	Tabagismo
Operação	Mudança de hábitos e estilo de vida
Projeto / Resultados esperados	Grupo Respirar / Reduzir em 50% o número de tabagistas, no prazo de um ano e meio.
Produtos esperados	Consulta direcionada. Grupo terapêutico. Reuniões quinzenais com equipe. Programa de saúde na escola. Panfletagem com orientações.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema, estratégias de comunicação e pedagógicas, além da análise de dados. Político: Articulação intersetorial entre Secretaria de Saúde (NASF, PSE, ESF e Atenção Básica) e Secretaria de Educação Financeiro: Aquisição de folhetos educativos.
Recursos críticos	Político: Organização de agenda e cronograma dos atores envolvidos; Dificuldade de atuação nas escolas devido a pandemia (Covid-19) Financeiro: Aquisição de folhetos educativos devido a atual pandemia (Covid-19).
Viabilidade do plano: controle dos	Equipe NASF (motivação favorável). Equipe da ESF (motivação indiferente).

recursos críticos (atores/motivação)	Equipe PSE (motivação indiferente). Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Secretário municipal de educação (motivação favorável)
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões (Equipe NASF, PSE, ESF, Atenção Básica, Secretaria de educação e Associação Comunitária).
Responsável / gerente pelo acompanhamento das operações	Equipe NASF: Fisioterapeuta, Psicólogo e Nutricionista. Equipe ESF: Médico e Nutricionista. Equipe PSE
Prazo	Três meses para início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	<p>Consulta direcionada: consulta médica e nutricional do paciente e orientações individuais do Fisioterapeuta, em caso de paciente com problemas respiratórios. Serão elaborados prontuários que constem o acompanhamento deste paciente, seu quadro atual e sua progressão, bem como seus exames de sangue e avaliações funcionais respiratórias, sua frequência no grupo terapêutico, além de anotações clínicas.</p> <p>Grupo Respirar: Implantação do grupo na ESF 02, com o foco na promoção (como os hábitos saudáveis de vida), prevenção (como informações sobre os malefícios do tabagismo) e reabilitação (reabilitação pulmonar em pacientes com complicações do tabaco e acompanhamento psicológico com foco no controle da ansiedade). Serão reuniões semanais com rodas terapêuticas, rodas de conversas com temas abordados pela equipe NASF e ESF acerca do assunto e momentos de alongamento e relaxamento orientado pelo Fisioterapeuta da equipe NASF. Os encontros serão realizados em local aberto, respeitando o distanciamento mínimo entre os usuários e com a disponibilização de álcool gel (70%), luvas e mascarás para todos os participantes.</p> <p>Programa de saúde na escola: ações junto aos profissionais que atuam nas diferentes instituições de ensino, com foco no controle do tabagismo e prevenção de câncer, contribuindo na</p>

	<p>promoção e no fortalecimento de um ambiente favorável à implementação de todas as medidas e diretrizes de controle do tabaco no país. Esta ação encontra-se fragilizada devido a atual pandemia (Covid-19)</p> <p>Elaboração de panfletos: Serão elaborados panfletos de conscientização que serão espalhados pela comunidade, orientando os pacientes sobre os riscos e consequências do tabagismo. Nos panfletos será dada ênfase na importância de as pessoas combaterem o tabagismo por meio de mudanças de hábitos de vida, além da restrição de publicidade e venda do tabaco, aos comerciantes locais, informações sobre a rede de apoio e os caminhos que o paciente precisa percorrer para o próprio tratamento de cessação do tabagismo. No panfleto, deverá ser divulgado o Grupo Respirar.</p>
--	---

Fonte: Equipe NASF, 2020.

Quadro 13 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo, com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF, bairro Centro, município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas.

Nó crítico 4	Acompanhamento Nutricional
Operação	Mudança de hábitos aliada ao acompanhamento nutricional
Projeto / Resultados esperados	+ Nutrição / Melhorar a adesão de 50% hipertensos ao tratamento não medicamentoso (reeducação alimentar), no prazo de 1 ano.
Produtos esperados	Consulta direcionada. Envolvimento social.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema, estratégias de comunicação e análise de dados. Político: Articulação entre NASF, ESF e Atenção Básica Financeiro: nenhum.

Recursos críticos	Político: Organização de agenda e cronograma dos atores envolvidos.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores/motivação)	Equipe NASF (motivação favorável). Equipe da ESF (motivação favorável). Atenção Básica (motivação favorável).
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões (Equipe NASF, ESF e Atenção Básica).
Responsável / gerente pelo acompanhamento das operações	Equipe NASF: Nutricionista. Equipe ESF: Enfermeira, Nutricionista e Agentes Comunitários de Saúde.
Prazo	Um mês para o início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Consulta direcionada: consulta nutricional do paciente. Serão elaborados prontuários que constem o acompanhamento da pressão arterial, administração e acompanhamento medicamentoso, avaliação antropométrica, construção de plano para reeducação alimentar, além de anotações clínicas. Os encontros serão realizados respeitando o distanciamento mínimo entre os indivíduos e com a disponibilização de álcool gel (70%), luvas e mascarás para todos os participantes. Envolvimento social: apoio da atenção básica e dos agentes comunitários de saúde na busca, encaminhamento e notificação junto a ESF dos casos que precisam ser encaminhados ao ambulatório de nutrição, além da divulgação por parte dos mesmos, do projeto “+ nutrição”.

Fonte: Equipe NASF, 2020.

Quadro 14 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo, com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde

da Família e Atenção Básica – NASF, bairro Centro, município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas.

Nó crítico 5	Busca ativa de casos
Operação	Captação de demanda reprimida e adesão dos usuários as ações da ESF
Projeto / Resultados esperados	Busca Ativa - Hipertensos / Melhorar a adesão de 70% da comunidade aos serviços ofertados pela ESF e a captação de demanda reprimida, no prazo de 1 ano e meio.
Produtos esperados	Campanha educativa no carro de som. Panfletagem com orientações. Sala de espera na ESF.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema, estratégias de comunicação e análise de dados. Político: Articulação entre NASF, ESF e Atenção Básica, mobilização social, conseguir um carro de som. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e materiais de apoio para as salas de espera.
Recursos críticos	Político: Organização de agenda e cronograma dos atores envolvidos, conseguir o carro de som. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e materiais de apoio para as salas de espera, devido a atual pandemia (Covid-19).
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores/motivação)	Equipe NASF (motivação favorável). Equipe da ESF (motivação favorável). Secretário municipal de saúde (motivação favorável).
Viabilidade do plano: ações estratégias	Reuniões (Equipe NASF, ESF, Atenção Básica e Associações comunitárias).
Responsável / gerente pelo acompanhamento das operações	Equipe NASF Equipe ESF
Prazo	Dois meses para o início das atividades

<p>Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações</p>	<p>Campanha educativa no carro de som: a cada mês, durante a primeira semana do mês, o carro de som deverá percorrer a comunidade com orientações sobre a hipertensão, possíveis sinais e sintomas, causas e consequências, serviços ofertados pela ESF, além de convocar os pacientes que tenham a percepção de algum sinal e sintoma para se encaminharem a ESF.</p> <p>Sala de espera: a cada mês, durante a primeira semana do mês, será realizada uma sala de espera com a demanda espontânea da ESF, sobre o tema hipertensão, tendo como responsáveis a equipe NASF e a Enfermeira da ESF.</p> <p>Elaboração de panfletos: Serão elaborados panfletos de conscientização que serão espalhados pela comunidade, orientando os pacientes sobre os riscos e consequências da hipertensão. Nos panfletos será dada ênfase na importância de as pessoas controlarem o consumo de sal, realizarem hábitos alimentares saudáveis e mudanças de estilos de vida nocivos e possíveis vícios, além da importância da atividade física. No panfleto, deverá ser divulgado o grupo Hiperdia na Comunidade e as Salas de Espera na ESF.</p>
---	---

Fonte: Equipe NASF, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que com o projeto de intervenção voltada para a Estratégia de Saúde da Família 02 – Dr. Gastão Leão Rêgo, seja possível gerar uma mudança nos hábitos de vida da comunidade, a partir da adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, referente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), além da corresponsabilidade do tratamento, desenvolvendo autonomia aos indivíduos e melhorando a relação entre usuários e profissionais de saúde.

Vale ressaltar que se faz necessária a corresponsabilidade entre os atores envolvidos, para que haja um adequado andamento das ações e sua efetiva resolubilidade, dentro do que as mesmas se propõem, sendo de fundamental importância a comunicação e o estreitamento entre gestão municipal, atenção básica, estratégia de saúde da família e equipes multidisciplinares.

REFERENCIAS

ALAGOAS. SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO E DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Perfil municipal de Estrela de Alagoas. **Perfil Municipal 2014**. Maceió, v. 2, n. 2, 26p., jan. 2014. Disponível em: <<http://dados.al.gov.br/dataset/43ba0374-afb2-46f8-92f3-ed5f6fa45587/resource/73513fa5-0e5d-4b21-8401-d95752b7a647/download/municipalestreladealagoas2014.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

BARROS, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 0, n. 0, p. 1-143, nov. 2020. Disponível em: <<http://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>>. Acesso em: 14 mar 2021.

BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL. **Revista Ciência Farmacêutica Básica Aplicada**. Araraquara, v. 30, n. 1, p. 57-61, jan. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1808-4532/2009/v30n1/a006.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Doenças cardiovasculares no Brasil**. Brasília, DF: SUS/MS, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília, DF: SUS/MS, 2004.

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**. Brasília, DF: SUS/MS, 2013.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. **Iniciação a metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

CRUZERA, A. B.; UTIMURA, R.; ZATZ, R. A hipertensão no diabete. **HiperAtivo**. São Paulo, v. 5, n. 4, p. 261-266, out./dez. 1998. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/5-4/diabete.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

DIAS, A.L.V.; KERBAUY, M.T.M. Engajamento cívico e escolaridade superior: as eleições de 2014 e o comportamento político dos brasileiros. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, v. 23, n. 56, p. 149-181, dez. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782015000400149>. Acesso em: 22 mar. 2020.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf> >. Acesso em: 24 jul. 2020.

FLETCHER, G. F. et al. Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. **American Heart Association**. Dalas, v. 104, n. 14, p. 1694-1740, oct. 2001.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, jun. 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

HASFORD, J.; MIMRAN, A.; SIMONS, W. R. A population-based European cohort study of persistence in newly diagnosed hypertensive patients. **Journal of Human Hypertension**. United Kingdom, v. 16, n. 8, p. 569-575, aug. 2002. Disponível em: < <https://www.nature.com/articles/1001451.pdf> >. Acesso em: 13 mar 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Coefficiente de desequilíbrio regional – CDR: nordeste**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Longevidade: viver bem e cada vez mais. **Revista Relatos**. Rio de Janeiro, n. 16, 28p., fev. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Monografias municipais: nordeste**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama de Estrela de Alagoas/AL. **Portal IBGE Cidades**. 2019. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/estrela-de-alagoas/panorama> >. Acesso em: 24 mai. 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produção pecuária municipal-PPM: Estrela de Alagoas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

MASCARENHAS, J.C.; BELTRÃO, B.A.; SOUZA JUNIOR, L.C. **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea: diagnóstico do município de Estrela de Alagoas, estado de Alagoas**. Recife: CPRM/PRODEEM, 2005.

MENDONÇA, C.A.P.; SIMÕES, L. (Org.). **Enciclopédia municípios de Alagoas**. Maceió: Instituto Arnon de Melo, 2012.

MONANE, M. et al. The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance: results from a population-based study in the elderly. **American Journal of Hypertension**. United Kingdom, v. 10, n. 7, p. 697-704, jul. 1997. Disponível em: < https://academic.oup.com/ajh/article-pdf/10/7/697/365094/10_7_697.pdf>. Acesso em: 13 mar 2021.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STATE-OF-THE SCIENCE CONFERENCE STATEMENT: Tobacco use: Prevention, Cessation, and Control. NIH Conference. **Annals of Internal Medicine**. Philadelphia, v. 145, n. 11, p. 839-844, sep. 2006.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Hipertensão pseudo-resistente causada por baixa adesão terapêutica. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**. Araraquara, v. 36, n. 1, p. 97-102, jan. 2015. Disponível em: < <http://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/72/70>>. Acesso em: 13 mar 2021.

STEWART, M. J. et al. Cardiovascular effects of cigarette smoking: ambulatory blood pressure and blood pressure variability. **Journal of Human Hypertension**. Edinburgh, v. 8, n. 1, p. 19-22, jan. 1994.

THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. The sixth report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **Archives of Internal Medicine**. United States, v. 157, n. 21, p. 2413-46, nov. 1997.

VARGAS, C. M.; INGRAM, D. D.; GUILLUM, R. F. Incidence of hypertension and educational attainment: the NHANES I Epidemiologic Followup Study. **American Journal of Epidemiology**, United States, v. 152, n. 3, p. 272-278, aug. 2000. Disponível em: <<https://academic.oup.com/aje/article-pdf/152/3/272/164091/272.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

WHELTON, S. P. et al. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. **Annals of Internal Medicine**. Philadelphia, v. 136, n. 7, p. 493- 503, apr. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva, Switzerland: WHO, 2011. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jses

sionid=0470DA1EA63B756DE36A1D95A69AEA02?sequence=1>. Acesso em: 25 jun. 2020.