

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

**Kacyo Kleyton Cavalcante Tenório**

**Intervenção programada da equipe interprofissional da estratégia de saúde da  
família em pacientes hipertensos**

**Maceió**  
**2024**

**Kacyo Kleyton Cavalcante Tenório**

**Intervenção programada da equipe interprofissional da estratégia de saúde da família em pacientes hipertensos**

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

Orientador: Prof. Me. Janine Melo de Oliveira.

**Maceió**

**2024**

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

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

T312i    Tenório, Kacyo Kleyton Cavalcante.  
Intervenção programada da equipe interprofissional da estratégia de saúde da família em pacientes hipertensos / Kacyo Kleyton Cavalcante Tenório. – 2024.  
36 f. : il.

Orientadora: Janine de Melo Oiveira.  
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) –  
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 35-36.

1. Estratégias de saúde nacionais. 2. Hipertensão. 3. Equipe de assistência ao paciente. I. Título.

CDU: 614:616.12-008.331.1

## RESUMO

**Introdução:** A hipertensão arterial sistêmica consiste na elevação dos níveis pressóricos, considerando a sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou diastólica  $\geq 90$  mmHg. Tal elevação de forma contínua pode acarretar danos graves ao sistema cardiovascular. Na população adstrita à equipe de saúde da família Major José Tenório de Boca da Mata - AL, tal problema se mostra relevante, visto a baixa aderência às terapêuticas propostas, necessitando de intervenção da equipe interprofissional. **Objetivo:** Estabelecer uma rotina de intervenção domiciliar programada da equipe interprofissional para pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica, enfatizando a redução do risco para crises hipertensivas e lesão de órgãos alvos. **Metodologia:** Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações necessárias. **Intervenção:** Será realizada a formação de grupos operativos, regularização das consultas periódicas, apoio nutricional, educacional físico e psicológico, além da verificação da pressão arterial programada em domicílio, contemplando atividades que podem ser operacionalizadas com tecnologias de baixo custo e alta resolutividade. **Conclusão:** Uma organização do processo de trabalho e programação de atividades extramuros podem reduzir as crises hipertensivas e danos a órgãos alvos, possibilitando a diminuição de hospitalizações e incapacidades laborais.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Hipertensão; Equipe de Assistência ao Paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Systemic arterial hypertension consists of elevated blood pressure levels, considering systolic  $\geq 140$  mmHg and/or diastolic  $\geq 90$  mmHg. Such a continuous increase can cause serious damage to the cardiovascular system. In the population attached to the family health team of Major José Tenório de Boca da Mata - AL, this problem appears to be relevant, given the low adherence to the proposed therapies, requiring intervention from the interprofessional team. **Objective:** To establish a scheduled home intervention routine by the interprofessional team for patients diagnosed with SAH, emphasizing the reduction of the risk of hypertensive crises and target organ damage. **Methodology:** Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and necessary actions. **Intervention:** The formation of operative groups, regularization of periodic consultations, nutritional, physical and psychological educational support will be carried out, in addition to scheduled blood pressure checks at home, including activities that can be implemented with low-cost and high-resolution technologies. **Conclusion:** Organizing the work process and scheduling extramural activities can reduce hypertensive crises and damage to target organs, enabling a reduction in hospitalizations and work disabilities.

**Keywords:** Family Health Strategy; Hypertension; Patient Care Team.

## LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Major José Tenório, Unidade Básica de Saúde Major José Tenório, município de Boca da Mata, estado de Alagoas	17
Quadro 2 - Descrição do problema “risco cardiovascular dos diagnosticados com HAS aumentado” na UBS Major José Tenório, Boca da Mata - AL, de Janeiro a Junho de 2023.	26
Quadro 3 - Operações sobre “nó crítico 1” relacionado ao problema “Afastamento da população para a verificação e o controle da HAS e do DM” no território sob responsabilidade da UBS Major José Tenório, Município de Boca da Mata, Alagoas.	28
Quadro 4 - Operações sobre “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixa aderência à terapêutica medicamentosa” no território sob responsabilidade da UBS Major José Tenório, Município de Boca da Mata, Alagoas.	29
Quadro 5 - Operações sobre “nó crítico 3” relacionado ao problema “Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema” no território sob responsabilidade da UBS Major José Tenório, Município de Boca da Mata, Alagoas.	30
Quadro 6 - Operações sobre “nó crítico 4” relacionado ao problema “Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo) inadequados” no território sob responsabilidade da UBS Major José Tenório, Município de Boca da Mata, Alagoas.	31
Quadro 7 - Operações sobre “nó crítico 5” relacionado ao problema “Falta de recursos complementares para o melhor controle da PA e DM” no território sob responsabilidade da UBS Major José Tenório, Município de Boca da Mata, Alagoas.	32

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	Área de Proteção Ambiental
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
CONISUL	Consórcio Intermunicipal do Sul de Alagoas
DM	Diabetes melito ( <i>Diabetes mellitus</i> )
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGE	Hospital Geral do Estado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	9
1.1 Aspectos gerais do município de Boca da Mata, Alagoas	9
1.2 O sistema municipal de saúde	10
1.3 Aspectos da comunidade	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Major José Tenório	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Major José Tenório da Unidade Básica de Saúde Major José Tenório	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Major José Tenório	15
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	16
1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	17
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	18
<b>3 OBJETIVOS</b>	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
<b>4 METODOLOGIA</b>	20
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	21
5.1 Contextualização	21
5.2 A ESF nos Cuidados do Hipertenso	22
5.3 A importância da Equipe Interprofissional na ESF	23
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	26
6.1 Descrição do problema selecionado	26
6.2 Explicação do problema	27
6.3 Seleção dos nós críticos	28

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão	28
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	34
<b>REFERÊNCIAS</b>	35

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aspectos gerais do município de Boca da Mata, Alagoas

Boca da Mata é um município brasileiro do estado de Alagoas. Sua população, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2021, foi de 27.429 habitantes. O nome do município é uma referência às primeiras residências construídas na entrada de uma grande mata, estendida rumo a Atalaia.<sup>1</sup> As terras ofereciam condições para a implantação de sítios e fazendas, que desenvolviam as lavouras e a criação de gado. A maior parte das terras pertencia ao Engenho Santa Rita, de propriedade de Antonio Pinto da Cunha Coutinho.<sup>2</sup>

Com o rápido desenvolvimento do povoado, surgiu o movimento pela emancipação. Uma lei elevou a vila à condição de município autônomo, mas a lei não foi cumprida e Boca da Mata permaneceu integrada a São Miguel dos Campos. Registrado na divisão administrativa em vigor no ano de 1955, quando possuía 463 habitantes e 160 domicílios. A emancipação aconteceu em 1958.<sup>2</sup>

A cidade revela belezas naturais exuberantes como a Serra de Santa Rita, bicas e balneários como o Balneário Águas de São Bento, a Bica do Arlindo, além das Bicas Baixa Grande e Quebra Carro, ambas em Área de Proteção Ambiental (APA).<sup>2</sup>

Com o fechamento da Usina Triunfo em 2015, principal fonte de renda do município ao tempo, mais de 5 mil pessoas deixaram a cidade. Boa parte migrou para a Região Sudeste a fim de se restabelecer.<sup>2</sup>

O ponto de encontro da cidade é a Praça Padre Cícero. A animação do povo do município pode ser vista em suas principais festividades: Festa da Padroeira Santa Rita de Cássia, no dia 22 de maio; Emancipação Política, no dia 11 de novembro; e Festa do Padre Cícero Romão, comemorada no dia 20 de julho.<sup>2</sup>

O município é também conhecido por conta do seu artesanato em madeira, legado do Mestre Manoel da Marinheira e hoje com vários seguidores, entre filhos e discípulos.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa populacional de 2021**. Brasília, DF: IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

<sup>2</sup> PREFEITURA MUNICIPAL DE BOCA DA MATA - AL. **História da Cidade**. Boca da Mata: AL, SEINFRA. Disponível em: <<https://bocadamata.al.gov.br/v5/historico/>>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

## 1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema de saúde do município é composto por 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cada uma com uma Equipe de Saúde da Família, onde prestam assistência a população enfermeiros, médicos e dentistas, além das equipes de técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Existem ainda um centro de reabilitação para portadores de deficiências físicas permanentes ou temporárias; um Hospital com atendimento às urgências e emergências, um Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) e um ambulatório com as especialidades médicas mais demandadas pela comunidade. As realizações de exames laboratoriais e de imagem são prestadas pela iniciativa privada, em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>3</sup>

Segue a hierarquização e regionalização de atenção à saúde, conforme preconiza os ditames do SUS. A porta de entrada preferencial é a rede de atenção básica, sendo encaminhados a atenção secundária e terciária (Ambulatório de especialidades, hospital, centro de reabilitação, CAPS) quando necessário e devidamente referenciado. O terceiro nível de atenção também necessita de referência, não existindo no município, mas em colaboração entre os municípios da região de saúde pertencente. Em relação aos pontos de atenção à saúde e apoio logístico, comenta-se:

- **Atenção Primária à Saúde (APS):** Existe o atendimento do psicólogo, fisioterapeuta, educador físico e nutricionista, realizado por equipe da secretaria de saúde, sob agendamento na unidade. Contamos com transporte para atividades externas, além de setor de compras de materiais que alimenta a demanda de limpeza e escritório da unidade;
- **Atenção Secundária à Saúde:** O ambulatório de especialidades atende a principal demanda da comunidade, como cardiologia, ginecologia, ortopedia e pediatria; O CAPS oferece serviço de apoio a saúde mental; No centro de reabilitação, encontramos profissionais que trabalham junto ao paciente na recuperação de limitações física, sejam elas permanentes ou ocasionais;

---

<sup>3</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação e gestão da atenção básica**. Brasília: DF, MS. 2023. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

- Atenção Terciária à Saúde: O Hospital junto ao pronto atendimento recebe as demandas de maior urgência, resolvendo-as quando possível, ou encaminhando a atenção necessária, como Hospital Geral do Estado Prof. Osvaldo Brandão Vilela (HGE), de acordo com a necessidade; Cirurgias, tratamentos e exames de alta complexidade são encaminhados de acordo com a referência de saúde existente, pactuados entre os gestores da macrorregião de saúde;
- Sistemas de Apoio: A distribuição de medicamentos é realizada na farmácia central do município, a fim de otimizar os recursos da mesma; existe ainda uma central de marcações, onde o paciente pode procurar as demandas de exames e especialidades solicitadas, em especial provenientes da atenção primária;
- Sistemas Logísticos: O transporte de pacientes a atenção em outros municípios pode ser realizado em ambulâncias, quando necessário, ou em transporte coletivo disponibilizado pela prefeitura, sem custo. Pacientes com tratamento prolongado, como hemodiálise e quimioterapia tem transporte pré-definido, para evitar ausências; Toda referência é regulada por profissional habilitado, a fim de que o paciente não “aventure” vaga no serviço; O prontuário do paciente é o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ferramenta informatizada, com acesso em qualquer ponto do município, mesmo em unidades distintas, a fim de garantir a continuidade e integralidade do atendimento em qualquer unidade do município;

Existe no município uma central de marcações, onde as vagas para exames, cirurgias e atendimentos eletivos em especialidades médicas são regulados. Essas referências podem ocorrer para setores do próprio município, ou para outros municípios, desde que pactuados os convênios na macrorregião de saúde.

A referência pode ocorrer diretamente para alguns setores no próprio sistema de saúde municipal, como é o caso do CAPS, centro de reabilitação e hospital (pronto atendimento), este último em casos de urgências e emergências avaliados na atenção primária ou diretamente procurado pelo paciente.

Problema de grande complexidade reside na contrarreferência, sendo praticamente nula em qualquer das modalidades acima descritas. Os profissionais das segunda e terceira instâncias do serviço não se preocupam em realizar tal

procedimento, de extrema importância para atenção primária, no intuito de dar continuidade ao cuidado e garantir a integralidade da atenção. Em sua grande maioria, tem-se o conhecimento do que foi realizado através do próprio paciente, que por vezes não sabe explicitar de modo correto qual a conduta realizada.

Observa-se assim uma aplicabilidade do modelo de atenção à saúde do indivíduo (modelo almejado pelo SUS) falho, se for levado em conta os níveis secundário e terciário, visto que esses não se preocupam com a visão holística do cliente, mas apenas a resolução pontual da doença em tela. Do ponto de vista do nível primário, tal modelo tenta ser implementado a todo custo, através da equipe de atendimento na unidade e os seus respectivos agentes comunitários de saúde.

Essas pequenas falhas podem comprometer o cuidado integral do paciente, além de prejudicar o acesso universal ao sistema de saúde. Dentre os principais nós críticos, podemos mencionar:

- Logística de transporte para atividades da unidade: A unidade dispõe de carro de apoio para transporte de pacientes e da equipe em realizações extramuros, como visitas domiciliares. Contudo, tal estrutura é compartilhada com outra unidade, além de demandas extras que porventura são alocadas pela gestão. Essa sistemática causa uma incerteza nas atividades, pois o transporte fica pouco tempo disponível. Enfrentamos ainda a problemática da capacidade automotiva; nossa área possui zona rural de abrangência, com acesso extremamente difícil; o automóvel disponível não possui capacidade para tal demanda, sendo necessário um utilitário.
- Regulação e marcação: por ser centralizado, tais procedimentos são realizados sob demanda, à medida que as vagas são disponibilizadas. Essa sistemática dificulta o acesso ao serviço, pois a unidade de saúde não tem controle ou cronograma da abertura das vagas. Assim, observamos que a equidade pode estar sendo prejudicada, pois não é realizada uma triagem de necessidade e nível de urgência, levando-se em conta apenas a ordem de chegada do dia na marcação. Ressalta-se ainda a baixa oferta dos serviços, sempre existindo grandes filas de espera.
- Rotatividade do profissional médico: Não é incomum que algumas unidades básicas de saúde fiquem sem esse profissional. Essa ocorrência acaba

sobrecarregando os demais profissionais, em especial o enfermeiro, além de aumentar a demanda no hospital municipal, onde o paciente vai buscar apoio.

- **Contrarreferência:** Como já mencionado acima, tal procedimento é praticamente nulo, o que gera uma não contemplação da integralidade na atenção ao paciente, visto que a ausência da mesma dificulta a continuidade na atenção necessária.
- **Centralização dos recursos farmacêuticos:** A disponibilização dos fármacos é centralizada no município. Tal conduta tem seu mérito, para otimizar os recursos disponíveis. Contudo, alguns pontos devem ser relacionados. O profissional que está no atendimento não tem a informação atualizada do estoque; para algumas terapêuticas de urgência, como é o caso da antibioticoterapia, é crucial a pronta entrega do fármaco. Se tivermos informação em tempo real, pode-se adaptar às possibilidades. Esse fato é importante pois boa parte da população atendida é baixa renda, não existindo a possibilidade de comprar medicação, o que poderia gerar problemas maiores provenientes do não uso.

### **1.3 Aspectos da comunidade**

A comunidade de abrangência da Equipe de Saúde da Família Major José Tenório é predominantemente urbana, com cerca de 20% residente na zona rural; esta última, vive em sua maioria da agricultura e pecuária, mas não como proprietários, e sim trabalhadores em subempregos, ou dos benefícios assistenciais do governo. Em relação a população que vive na cidade, cerca de 30% são classe média, com emprego formal e condições de vida e saúde razoáveis; os demais vivem em condições de vulnerabilidade social, sem emprego ou com subempregos, e contam dos auxílios públicos para manutenção das condições de vida.

De um modo geral, apresentam certa condição intelectual para compreensão dos cuidados à saúde, com baixo índice de gravidez na adolescência e das não planejadas. No entanto, prevalece alto o número de pessoas acometidas por condições crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

Conta com saneamento básico operante, energia elétrica, coleta de lixo diária e abastecimento com água potável e encanada. A área sofreu bastante com o fechamento da usina Triunfo, principal fonte de renda da cidade, acarretando numa grande quantidade de desempregados, o que dificulta a subsistência das famílias.

Apresenta uma rede voltada para a educação que vai de creches ao ensino médio, inclusive o Educação de Jovens e Adultos (EJA), no horário noturno, para adultos que não conseguiram estudar no momento correto, com alta demanda para o programa, inclusive. As moradias em sua maioria são de alvenaria e apresentam condições satisfatórias.

Ressalta-se que parte da comunidade que vive na zona rural, não possui coleta de lixo adequada, saneamento básico ou água encanada, o que leva a população a procurar alternativas insalubres, como queima de lixo, construção de fossa séptica e uso de água não tratada.

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Major José Tenório**

A unidade encontra-se em localização central da área de abrangência urbana, equidistante dos pontos mais afastados. Sua infraestrutura foi projetada para finalidade exclusiva, e não adaptada, o que faz com que comporte as demandas do atendimento. A mesma é ampla, com todos os pontos adaptados para acessibilidade, como rampas e portas largas, a fim de acolher pessoas com dificuldade de locomoção. Ressalta-se que a mesma passa por reformas estruturais periodicamente, mantendo sempre um aspecto agradável e utilidade preservada.

Já o acesso a comunidade da zona rural, apresenta-se muito distante da unidade física; tal problema tenta ser minimizado com periodicidade de visitas a essas comunidades, levando os serviços até elas. Os equipamentos e insumos são suficientes e adequados, com abastecimento regular e conserto necessários em tempo hábil.

Por ter uma recepção ampla, bem iluminada e arejada, além da área externa privativa, permite que atividades coletivas sejam realizadas sem grandes dificuldades.

Os pacientes têm à disposição cadeiras em quantidade suficiente, banheiros limpos e água para beber, o que torna a espera menos desagradável.

### **1.5 A Equipe de Saúde da Família Major José Tenório da Unidade Básica de Saúde Major José Tenório**

A equipe da unidade é composta por um enfermeiro, um médico, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista, seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais e um agente administrativo. Esse quantitativo de funcionários se mostra suficiente para a demanda da unidade.

### **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Major José Tenório**

A logística de atendimento é inicialmente baseada na demanda encontrada pelo ACS, que marca as consultas de acordo com o dia do grupo de trabalho e disponibilidade na agenda. Existe ainda a possibilidade de marcação diretamente na unidade, com o agente administrativo, seja demanda espontânea ou em grupos prioritários de trabalho. Ressalte-se que sempre reservamos vagas para os atendimentos de urgência, realizando a demanda da mesma até nos casos de agenda cheia.

O horário de funcionamento da unidade é de 8hrs às 16hrs, não fechando para o almoço. O fluxo interno inicia-se com a recepção dos clientes pelo agente administrativo, que confere a agenda do dia e libera os pacientes no sistema de prontuário eletrônico para realizar a pré-consulta, onde são realizadas medidas antropométricas e aferição de sinais vitais.

Enquanto aguardam atendimento, os clientes podem participar de palestras educativas, na própria recepção, realizadas pelos funcionários da unidade escalados no dia, ao tempo que são chamados para o atendimento, que se dá por ordem de chegada (sistemática adotada para otimizar o tempo dos profissionais que atendem). Existe ainda uma programação de visitas domiciliares, a fim de prestar a devida atenção a pacientes com dificuldade de locomoção ou que moram muito distantes.

Por fim, ressalta-se que vários procedimentos são realizados ao longo do dia, como curativos, vacinação, verificação de pressão arterial e glicemia, entre outros. O

horário de atendimento se mostra adequado, visto a baixa demanda no período vespertino.

Entre as principais dificuldades observadas na unidade, está a alta rotatividade do profissional médico, como citado anteriormente, que dificulta o engajamento do profissional com a comunidade. Comenta-se ainda a falta de engajamento da própria sociedade civil com a melhoria do funcionamento, que ante as dificuldades, não procura os responsáveis para tentar sanar o caso, ou até mesmo participar dos movimentos sociais existentes.

### **1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

As principais causas de óbito e internação são as relativas ao agravamento de problemas crônicos de saúde, como HAS e diabetes, em especial os que acometem o sistema cardiovascular, seguidos de acidentes de trânsito e falência múltipla dos órgãos derivados da senilidade. As doenças com maior número de notificações são as arboviroses, sazonalmente, seguidos dos acidentes com animais domésticos.

Não obstante, ressalta-se o uso dos benzodiazepínicos por grande parcela da população, em especial para tratar os distúrbios do sono, além das crises de ansiedade, também muito prevalentes. Ressalte-se que tais distúrbios de ordem psiquiátricas não são tratados adequadamente, em boa parte por causa do próprio paciente, que por vezes abandona ou inicia o tratamento sem o devido acompanhamento.

A população sofre ainda com a falta de atividades remunerativas, o que acaba por ocasionar uma alta vulnerabilidade social, visto a capacidade reduzida para contemplar as demandas mais básicas, como aquisição de alimentos básicos.

Devido às falsas divulgações sobre vacinas nas redes sociais, nasceu nos últimos anos uma resistência à vacinação, gerando diminuição na cobertura vacinal do município.

Existe na equipe a questão da alta rotatividade e/ou ausência do profissional médico, o que ocasiona um problema crítico ocasionando uma demanda reprimida, além de baixo entrosamento com a comunidade. Nesse mesmo sentido,

observamos dificuldades na continuidade da atenção ao indivíduo quando esta passa por atendimentos no segundo e terceiro nível de atenção, inexistindo contrarreferência.

## 1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Major José Tenório, Unidade Básica de Saúde Major José Tenório, município de Boca da Mata, estado de Alagoas**

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Risco para crise hipertensiva e lesão de órgãos alvos dos diagnosticados com HAS	<i>Alta</i>	8	<i>Parcial</i>	1
População em condições de vulnerabilidade social	<i>Alta</i>	2	<i>Fora</i>	6
Acidentes com animais domésticos	<i>Média</i>	1	<i>Parcial</i>	10
Não aderência aos programas de vacinação do Ministério da Saúde	<i>Alta</i>	6	<i>Parcial</i>	2
Rotatividade do profissional médico na Estratégia de Saúde da Família	<i>Baixa</i>	1	<i>Fora</i>	8
Problemas de vagas e comunicação com a referência em serviços especializados	<i>Alta</i>	3	<i>Fora</i>	5
Dificuldades em realização de exames complementares	<i>Alta</i>	3	<i>Fora</i>	4
Uso inadequado de benzodiazepínicos e ansiolíticos	<i>Média</i>	2	<i>Parcial</i>	7
Presença de Arboviroses Sazonais	<i>Alta</i>	3	<i>Parcial</i>	3
Ausência de contrarreferência	<i>Média</i>	1	<i>fora</i>	9

Fonte: Banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Boca da Mata - AL

## 2 JUSTIFICATIVA

A HAS é definida como uma condição clínica de elevação do nível de pressão, particularmente da pressão arterial mínima. Nesse sentido, quando os pequenos ramos arteriais nos órgãos e tecidos estão contraídos, obstruídos ou lesados, dificultam a passagem do sangue e, portanto, impedem a nutrição adequada dos tecidos. Esse estado permanente de hipertensão arterial acaba por comprometer o coração e o sistema circulatório, incluindo as artérias e arteríolas, sistemicamente. As artérias e os pequenos ramos arteriais, em consequência da alta pressão em suas paredes, vão se hipertrofiando, degenerando, espessando, causando lesões irreversíveis, como a arteriosclerose e arteriolosclerose.<sup>4</sup>

Os limites de Pressão Arterial (PA) considerados normais são arbitrários, dependendo de peculiaridades do indivíduo ou condições de verificação da PA. Dentre as principais formas de diagnosticar, são considerados hipertensos os indivíduos adultos com Pressão Arterial Sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg.<sup>4</sup> Nesse sentido, indivíduos com HAS diagnosticada devem ter uma maior atenção da equipe de saúde da família, com a necessidade de acompanhamento mais próximo.<sup>5</sup>

A verificação da PA em domicílio, bem como a intervenção da equipe interprofissional de forma programada, surge como uma possibilidade para contribuir no acompanhamento e no tratamento dos hipertensos. A hipótese é que essa estratégia possa ajudar no monitoramento dos diagnosticados com HAS, no intuito de avaliar a efetividade e aderência do tratamento hipotensor, bem como mudanças nos hábitos de vida, resultando numa diminuição das crises hipertensivas e agravos derivados da PA elevada.

---

<sup>4</sup> MALACHIAS, M.V.B. et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. São Paulo, v. 107, n. 3, 1-83, 2020.

<sup>5</sup> FEITOSA, A.D.M. et al. Relationship between office isolated systolic or diastolic hypertension and white-coat hypertension across the age spectrum: a home blood pressure study. **J Hypertens**. Massachusetts, v. 38, n.4, 663-670, 2020.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor uma rotina de intervenção domiciliar programada da equipe interprofissional para pacientes diagnosticados com HAS, enfatizando a redução do risco para crises hipertensivas e lesão de órgãos alvos.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Ampliar a aderência dos hipertensos nas consultas programadas da UBS;
2. Ampliar a aderência dos hipertensos nas atividades em grupos operativos da ESF;
3. Aumentar a aderência dos diagnosticados com HAS a terapia medicamentosa prescrita;
4. Estabelecer agenda com equipe de apoio para atendimento complementar em nutrição, educação física e psicologia;
5. Estabelecer programação de visita domiciliar aos diagnosticados com HAS;
6. Estabelecer agenda contínua de reunião para programação e educação permanente para melhoria do processo de trabalho da equipe;
7. Disponibilizar exames complementares e consultas especializadas em número suficiente para demanda existente entre os diagnosticados com HAS.

## 4 METODOLOGIA

Para o levantamento dos dados necessários à elaboração de um plano de intervenção que leve em conta a real necessidade da população adstrita, onde foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, o que se mostrou eficaz.<sup>6</sup>

Como fonte primária dos dados, considerou-se estatísticas do sistema PEC da UBS Major José Tenório. De forma complementar, com fim de considerar maior robustez à análise, dados coletados com os ACS da Estratégia Saúde da Família (ESF), registros físicos em prontuários e cadernos de programação da UBS, além dados da Secretaria Municipal de Saúde de Boca da Mata - AL foram utilizados.

Selecionado o problema prioritário e estabelecidos os nós críticos, foram consultadas a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon, documentos do Ministério da Saúde e da Sociedade de Cardiologia Brasileira, no intuito de verificar a viabilidade e relevância da intervenção.

O texto foi redigido de acordo com as normas da instituição Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e as orientações do módulo de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.<sup>7</sup>

Para a definição das palavras-chave e keywords utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde.<sup>8</sup>

O presente trabalho prescinde de análise de dados coletados durante a contemplação do plano nesse instante, visto ser essa uma proposta de intervenção, assim, só podendo ser verificado com o passar do tempo para ele programado, no caso em tela, período mínimo de 1 ano.

---

<sup>6</sup> CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 19 de jun. 2023.

<sup>7</sup> CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017.

<sup>8</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acesso em: 04 de mar. 2024.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Contextualização

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevada prevalência e baixas taxas de controle entre adultos, atingindo cerca de 1 bilhão de pessoas no mundo.<sup>9</sup>

No Brasil, a prevalência de adultos hipertensos cresceu progressivamente nos últimos anos. O Ministério da Saúde publicou um relatório em 2022 apontando que o número de adultos com diagnóstico médico de hipertensão aumentou 3,7% em 15 anos no Brasil.<sup>10</sup> Além de ser uma doença, a HAS constitui-se também como o mais comum e reversível fator de risco para agravos cardiovasculares. Sua ocorrência é uma importante causa de morte prematura e perda da qualidade de vida — com alto grau de limitação e incapacidade —, sendo responsável por grandes demandas de atendimentos de saúde, absenteísmo no trabalho, custos crescentes para famílias, comunidades e sistemas de saúde e previdenciários.<sup>10</sup>

Entre seus fatores de risco estão hereditariedade, raça, idade, sexo, excesso de peso, estresse, sedentarismo, alta ingestão de sódio, baixo nível educacional, presença de comorbidades associadas, características contextuais e de localização da moradia. A doença possui caráter assintomático, o que pode retardar o seu diagnóstico. Seu tratamento adequado exige adequadas e regulares avaliações clínicas, condição menos comum em grupos de menor nível de renda, escolaridade ou residentes em áreas mais remotas e de pior infraestrutura social e de saúde.

Por outro lado, o excesso das medicações, seu alto custo, os efeitos colaterais e o tempo insuficiente para a orientação do paciente favorecem a não adesão ao tratamento. O conjunto desses fatores contribui para que o controle adequado dos níveis pressóricos esteja presente em menos de um terço de seus portadores.<sup>11</sup>

São também apontados como principais fatores para ineficácia no controle da HAS o baixo número de consultas de saúde, a não adesão ao tratamento, o tratamento farmacológico incorreto e a pouca mudança no estilo de vida e nos comportamentos de saúde dos hipertensos. Esses fatores ainda propiciam maiores

---

<sup>9</sup> MALACHIAS, M.V.B. et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. São Paulo, v. 107, n. 3, 1-83, 2020.

<sup>10</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório sobre HAS no Brasil (Vigitel)**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel>>. Acesso em: 04 mar 2024.

<sup>11</sup> VICTOR R.G. **Hipertensão Sistêmica: mecanismos e diagnóstico**. In: Zipes DP, Mann DL, Libby P, Bonow RO, editores. *Tratado de doenças cardiovasculares*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 954-72.

riscos de complicações decorrentes da doença, que podem assim induzir maior frequência de internações hospitalares.

A atuação da APS torna-se imprescindível para o reconhecimento e o acompanhamento dos adultos hipertensos. Esta é descrita como a esfera do sistema de saúde que oferta a entrada na rede de saúde, configurando ações de saúde individuais e coletivas que englobam intervenções de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com as comunidades e em seu contexto social.<sup>12</sup>

No âmbito das doenças como a HAS, a Estratégia de Saúde da Família pode aumentar o uso de consultas médicas, promover o tratamento e a manutenção de níveis pressóricos controlados, conforme as características do paciente, e auxiliar na redução do risco de doenças cardiovasculares. Assim, pode diminuir internações, melhorar a qualidade de vida e o bem-estar desses indivíduos.<sup>13</sup>

## 5.2 A ESF nos Cuidados do Hipertenso

As doenças crônicas têm feito parte do maior quantitativo de adoecimento e óbito no mundo, estando entre as mais comuns Hipertensão Arterial Sistêmica. As complicações ocasionadas por esta comorbidade, acarretam grandes danos à saúde do portador, dificultando a qualidade de vida destes, e grandes gastos ao setor de saúde.<sup>14</sup>

Essa doença possui múltiplos fatores de risco e estão relacionadas com deficiências e incapacidades físicas e funcionais nos sujeitos acometidos e estão inclusas na Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Essa lista serve como indicador da atividade em âmbito hospitalar assim como para avaliação da Atenção Primária, sendo essa uma medida indireta da efetividade, do acesso e da qualidade da Atenção Primária à Saúde.<sup>14</sup>

A Atenção Primária é caracterizada e constituída como a porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde, acolhendo usuários e promovendo a

---

<sup>12</sup> SILVA C.S.; PAES N.A.; FIGUEIREDO T.M.R.M.; CARDOSO M.A.A.; SILVA A.T.M.C.; ARAÚJO J.S.S. Controle pressórico e adesão/ vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2013. v. 47, n. 3, 584-90.

<sup>13</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2011\\_fatores\\_risco\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2023.

<sup>14</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2011**. Geneva, Switzerland. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream-am/10665/44844/1/9789241564441\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2024.

vinculação e responsabilização pela atenção a suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento da AB adequada às diversas realidades nacionais.<sup>15</sup>

Para que os usuários alcancem continuidade do seu tratamento e recebam um cuidado em saúde em todos os níveis de atenção, o acesso e o recebimento de um atendimento em saúde que considere a cronicidade do seu adoecimento são condições essenciais para a continuidade da atenção necessária. O acesso envolve cinco dimensões: disponibilidade dos serviços diante da demanda de usuários, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade.<sup>17</sup>

Na Atenção Primária estão presentes importantes atributos delimitados como essenciais, sendo o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade, a coordenação; e atributos derivados que são a focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Com isso podendo desempenhar as funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização.<sup>16</sup>

A equipe de saúde da família em sua constituição mínima desenvolve atividades que impactam diretamente na vida dos acometidos pela HAS. Dentre as principais atividades desenvolvidas, estão a verificação da PA, consultas programadas, atividades com grupos focais, planejamento alimentar e de atividades físicas, além de acompanhamento psicológico aos que porventura possam necessitar, como para etilistas e tabagistas, na intenção de largar os vícios que prejudicam o controle pressórico.

### 5.3 A importância da Equipe Interprofissional na ESF

No Brasil, a HAS atinge atualmente mais de 60% dos idosos, 32,5% dos indivíduos adultos contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doenças cardiovasculares. Diante do cenário de elevada prevalência, a prevenção

---

<sup>15</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

<sup>16</sup> STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

<sup>17</sup> BEZERRA R.K.C.; ALVES A.M.C.V. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. **Rev Expressão Católica Saúde**. 2019, v. 4, n. 2, 7-15. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/3210>>. Acesso em: 19 fev. 2024.

dessa doença crônica e de suas complicações deve ser considerada prioridade nos serviços públicos de saúde. Neste contexto, destacamos a Estratégia Saúde da Família, a qual se caracteriza como um eixo imprescindível no processo de reorientação dos modelos assistenciais do Sistema Único de Saúde priorizando a prevenção e a promoção de saúde. Ademais, a ESF tem em sua composição uma equipe interprofissional, que é primordial na realização de uma assistência efetiva, de qualidade e integral, contemplando potencial para atuar na reorientação do modelo assistencial de saúde a partir da atenção básica, contribuindo para uma maior inserção de práticas de cuidado à saúde dos indivíduos, consequentemente, melhorando o prognóstico dos usuários.<sup>17</sup>

Além do acompanhamento interprofissional permanente, o cuidado a usuários hipertensos necessita de intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado amplo e contínuo, podendo destacar as práticas de grupos terapêuticos. Os grupos terapêuticos na atenção básica se baseiam como um dispositivo de cuidado, principalmente para pacientes com hipertensão, visto que o mesmo, estimula a construção de conhecimentos por meio de uma perspectiva interativa em que os problemas e as soluções são compartilhados num ambiente empático, dinâmico, seguro e contentor, constituindo-se como uma estratégia importante e efetiva de promoção da saúde e autocuidado.<sup>18</sup>

A equipe de Saúde Família é composta essencialmente por Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Cada profissional contribui singularmente com os cuidados ao hipertenso, desencadeando em um trabalho contemplativo que proporciona mudanças significativas na vida do indivíduo.

Na base do trabalho, encontramos o ACS. O profissional é o principal responsável pela aderência do usuário aos serviços de saúde, pois é através dele que se torna possível a organização de uma agenda programada de visitas e consultas, além da busca ativa dos faltosos às demandas proporcionadas pelo serviço.

---

<sup>17</sup> BEZERRA R.K.C.; ALVES A.M.C.V. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. *Rev Expressão Católica Saúde*. 2019, v. 4, n. 2, 7-15. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/3210>>. Acesso em: 19 fev. 2024.

<sup>18</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Em continuidade, observa-se a importância do Médico na composição da equipe. É através dele que se pode ter a possibilidade de intervenção medicamentosa, importante aliado no combate ao descontrole pressórico. Não obstante, incumbe ao profissional ainda as demandas necessárias à investigação mais aprofundada dos hipertensos mal controlados, através da solicitação de exames específicos e/ou de alta complexidade.

Protagonizando a atuação da atenção primária, encontramos a equipe de enfermagem, através do enfermeiro e técnico de enfermagem. Tais profissionais assumem tal posição por ser através deles em sua maioria, com a aferição de PA, que se obtém a real situação do momento pressórico do indivíduo, nascendo a necessidade de intervenção. Contudo, o trabalho não se resume a isso. Em especial o Enfermeiro, por possuir formação acadêmica, cabe uma análise mais rebuscada da situação, sendo possível intervir através da consulta de enfermagem diretamente no tratamento, seguindo protocolos do Ministério da saúde.

Não obstante, ressalta-se a importância da equipe de apoio, que pode ser composta por nutricionista, educador físico e psicólogo. Esses profissionais atuam diretamente nos hábitos de vida do cliente, melhorando costumes alimentares e prática de exercícios físicos, além do apoio porventura necessário ao tabagismo e ao alcoolismo.

Nesse sentido, é possível observar que o cuidado holístico do paciente portador de HAS não pode ser realizado por um só profissional, mas por uma equipe profissional que respeitando sua individualidade, colabora conjuntamente com a melhoria da qualidade de vida do paciente, promovendo saúde, além de redução de possíveis danos.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Risco para crise hipertensiva e lesão de órgãos alvos dos diagnosticados com HAS”, para o qual se registra a seguir uma descrição do problema, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros que seguem mostram o desenho das operações, e para cada causa selecionada como “nó crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações. Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado para projetar a resolução da problemática em tela.

### 6.1 Descrição do problema selecionado

A comunidade de abrangência da ESF Major José Tenório possui na base de dados do e-sus 540 hipertensos cadastrados, contudo, dados da base municipal de saúde, associados aos registros da equipe, apenas 397 destes estão com diagnóstico confirmado, sendo que 382 seguem os protocolos estabelecidos.

Isso denota uma margem de 158 hipertensos que, por algum motivo, não realizam o acompanhamento da PA ou se negam a realizar o tratamento prescrito pela equipe.

Além desse fato, observa-se que boa parte dos confirmados apresentam picos hipertensivos, só avaliados quando da presença destes nas consultas da UBS. No quadro a seguir (Quadro 2) podemos verificar o quantitativo de pacientes acometidos por problemas que comprometem o sistema cardiovascular:

**Quadro 2 - Descrição do problema “risco cardiovascular dos diagnosticados com HAS aumentado” na UBS Major José Tenório, Boca da Mata - AL, de Janeiro a Junho de 2023.**

Descrição	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	631	<i>Estimativa Epidemiológica</i>
Hipertensos cadastrados	540	<i>e-SUS</i>
Hipertensos confirmados	397	<i>Base de dados Municipal</i>
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	382	<i>Registro dos ACS</i>
Hipertensos controlados	325	<i>Registro da UBS</i>

Portadores de dislipidemia	87	Registro da UBS
Sobrepeso e obesidade	196	Base de dados do Município
Tabagistas	70	Base de dados do Município
Sedentários	392	Registro do ACS
Complicações de problemas cardiovasculares	27	Registro da UBS
Internações por causas cardiovasculares	39	Setor de AIH do Município
Óbitos por causas cardiovasculares	7	Vigilância em Saúde do Município

Fonte: Base de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Boca da Mata - AL.

## 6.2 Explicação do problema

Vários são os fatores que podem estar ocasionando a negativa no tratamento e os picos hipertensivos. O primeiro ponto a se questionar seria em relação ao hábito de vida; alimentação inadequada e falta de exercícios físicos, que desembocam em sobrepeso e dislipidemia, associados ao tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, podem estar atrapalhando o controle da PA.

Não obstante, enfatiza-se o afastamento da equipe de saúde do domicílio dos hipertensos. Tal intervenção, mitigada durante a pandemia pelo coronavírus, deve ser retomada, a fim de agir diretamente no foco das problemáticas. A remodelação do processo de trabalho da equipe poderá ser fator determinante nesse sentido, realizando intervenções à medida que presenciaram os nós críticos in loco.

Nesse sentido, com a verificação da PA programada, pela equipe, dos hipertensos, será possível verificar reais alterações que comprometem o sistema cardiovascular, sendo possível avaliar na visita, aderência à terapêutica adequada, não só medicamentosa, mas em especial esta, que ainda se revela grande obstáculo pela resistência ao uso adequado das medicações.

Para além desses fatores, observa-se uma necessidade de melhoria nos recursos extra unidade, como exames complementares, para adequado acompanhamento das condições de saúde do hipertenso, em especial, perfil lipídico, glicose e avaliações do sistema cardiovascular, além de consultas com especialistas, nos casos de difícil manejo pela equipe da atenção primária.

Todos esses fatores desembocam numa elevação da PA dos já diagnosticados com HAS. Contudo, de fato, observa-se uma maior necessidade da

presença da equipe multiprofissional na vida desse grupo, a fim de provocar uma mudança no prognóstico da doença.

### 6.3 Seleção dos nós críticos

Utilizando o método de estimativa rápida, foi possível levantar alguns dos principais problemas enfrentados pela comunidade. Desta seleção, observou-se mais preocupante o de risco cardiovascular, em especial, os ligados a falta de controle da PA no grupo de pacientes já diagnosticados com HAS. Nesse sentido, foram observados os nós críticos para melhoria do prognóstico, listando-se a seguir:

1. Afastamento da população para a verificação e o controle da PA;
2. Baixa aderência à terapêutica medicamentosa;
3. Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema;
4. Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo) inadequados;
5. Falta de recursos complementares para o melhor controle da PA.

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

Com base nos dados levantados, observando-se os nós críticos, se faz necessário a elaboração de planos para resolução do problema. Os quadros a seguir revelam o desenho operacional detalhado.

**Quadro 3 - Operações sobre “nó crítico 1” relacionado ao problema “Adesão prejudicada da população para a verificação e o controle da Pressão Arterial” no território sob responsabilidade da UBS Major José Tenório, Município de Boca da Mata, Alagoas.**

Nó crítico 1	Adesão prejudicada da população para a verificação e o controle da Pressão Arterial
Operação	Ampliar a aderência dos hipertensos nas consultas programadas e atividades em grupos operativos

Projeto /resultados esperados	Saúde em dia / Reduzir em 50% a abstenção nas consultas; Manutenção de grupos operativos com aderência de 20% do público alvo.
Produtos esperados	Maior adesão dos hipertensos as consultas programadas;. Atividades em grupo operativo com reuniões mensais.
Recursos necessários	Cognitivo: Treinamento da equipe de saúde sobre os conteúdos a serem abordados; Organizacional: Regularização da agenda de consultas programadas;
Recursos críticos	Organizacional: Regularização da agenda de consultas programadas
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Recursos humanos da unidade (Favorável)
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reunião intersetorial (Médico, Enfermeiro agente administrativo e ACS)
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Médico, Enfermeiro agente administrativo e ACS
Prazo	Seis meses para organizar a agenda; três meses para fortalecimento dos grupos operativos
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Organização da agenda: operante com redução da abstenção em um ano; Grupo operativo: aumento no número de participantes com reuniões mensais estabelecidas em seis meses.

**Quadro 4 - Operações sobre “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixa aderência à terapêutica medicamentosa” no território sob responsabilidade da UBS Major José Tenório, Município de Boca da Mata, Alagoas.**

Nó crítico 2	Baixa aderência à terapêutica medicamentosa
Operação	Aumentar a aderência à terapêutica medicamentosa
Projeto /resultados esperados	Cuidado em foco / Reduzir em 90% a resistência ao uso de medicamentos anti-hipertensivos
Produtos esperados	Uso correto de terapia medicamentosa

	conforme prescrição médica
Recursos necessários	Cognitivo: levantamento dos pacientes em uso inadequado de terapia medicamentosa; Humano: Médico, Enfermeiro e técnico de enfermagem;
Recursos críticos	Cognitivo: levantamento dos pacientes em uso inadequado de terapia medicamentosa;
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Recursos humanos da unidade (Favorável). Secretaria Municipal de Saúde (Favorável)
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reunião intersetorial (Médico, Enfermeiro técnicos de enfermagem e ACS) Visitas domiciliares programadas ao público alvo
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Enfermeiro
Prazo	Trinta dias para início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Esquema medicamentoso de prescrição médica com aderência aumentada

**Quadro 5 - Operações sobre “nó crítico 3” relacionado ao problema “Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema” no território sob responsabilidade da UBS Major José Tenório, Município de Boca da Mata, Alagoas.**

Nó crítico 3	Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema
Operação	Implantar monitoramento periódico de PA em hipertensos;
Projeto /resultados esperados	Monitoramento / Avaliar 80% dos hipertensos quanto a efetividade da terapêutica adotada
Produtos esperados	Cronograma de verificação de PA dos hipertensos em domicílio a cada 6 meses implantada; Protocolo de encaminhamento intersetorial implantado;
Recursos necessários	Cognitivos: elaboração de protocolo com encaminhamento intersetorial; Político: Articulação com SMS para garantia

	de transporte em tempo oportuno; Organizacional: Adequação dos profissionais ao cronograma e logística interna de encaminhamento;
Recursos críticos	Político: Articulação com SMS para garantia de transporte em tempo oportuno
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Secretaria Municipal de Saúde (Favorável); Profissionais do atendimento (Favorável)
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reunião com os funcionários da Unidade para elaboração de cronograma;
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Enfermeiro, Médico e Técnicos de enfermagem
Prazo	Início em 30 dias
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Monitoramento de PA estabelecido totalmente no prazo de 12 meses; Protocolo de encaminhamento setorial implantado e funcionando em 30 dias; Recursos humanos capacitados em 15 dias, com programação permanente de educação continuada a cada 6 meses.

**Quadro 6 - Operações sobre “nó crítico 4” relacionado ao problema “Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo) inadequados” no território sob responsabilidade da UBS Major José Tenório, Município de Boca da Mata, Alagoas.**

Nó crítico 4	Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo) inadequados
Operação	Modificar hábitos e estilo de vida
Projeto /resultados esperados	Reduzir em 30% o número de sedentários, tabagistas e obesos, no prazo de 1 ano.
Produtos esperados	Viver com saúde / Integração da UBS com a equipe de apoio da Secretaria Municipal de Saúde de nutricionista, psicólogo e educador físico para realização de atividades ao ar livre e modificação de hábitos alimentares
Recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre hábitos de

	<p>vida saudáveis e estratégias de repasse de informação</p> <p>Político: Solicitar a SMS agenda com a equipe de apoio</p> <p>Financeiro: Aquisição de alimentos para coffee break pedagógico</p>
Recursos críticos	Político: Solicitar a SMS agenda com a equipe de apoio
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Secretaria Municipal de Saúde (motivação favorável)
Viabilidade do plano: ações estratégicas	<p>Reunião da equipe para montar cronograma de atividades.</p> <p>Reunião com a equipe de apoio para desenvolvimento de atividades</p>
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Enfermeiro
Prazo	30 dias para início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	<p>Atividades com educador físico: aos 3 meses, 30% das pessoas com risco cardiovascular aumentado participando das atividades;</p> <p>Consulta nutricional: no prazo de 1 ano, 50% das pessoas com risco cardiovascular se alimentando de forma saudável;</p> <p>Consulta com psicólogo: Redução em 10% no número de tabagistas em 1 ano.</p>

**Quadro 7 - Operações sobre “nó crítico 5” relacionado ao problema “Falta de recursos complementares para o melhor controle da PA” no território sob responsabilidade da UBS Major José Tenório, Município de Boca da Mata, Alagoas.**

Nó crítico 5	Falta de recursos complementares para o melhor controle da PA
Operação	<p>Melhorar a estrutura de referência e contrarreferência do município;</p> <p>Viabilizar suporte para demanda de exames complementares;</p>
Projeto /resultados esperados	Cuidar melhor / Aumento na oferta de consultas com especialista e exames
Produtos esperados	Contratação de compra de exames e consultas especializadas através do CONISUL (Consórcio intermunicipal do Sul

	do Estado de Alagoas)
Recursos necessários	Cognitivo: Elaboração de planilha com demanda da unidade; Político: decisão em aumentar a oferta dos exames e consultas
Recursos críticos	Político: decisão em aumentar a oferta dos exames e consultas
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Prefeitura Municipal (parcialmente favorável) Enfermeiro e Médico da Unidade (Favorável)
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Apresentar planilha com demanda real aos gestores
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Enfermeiro e Médico da Unidade
Prazo	Seis meses para elaboração da planilha, quatro meses para liberação de recursos, quatro meses para agenda de contemplação da demanda
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhamento do processo de compra e disponibilização de exames e consultas especializadas; aos dez meses: Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; Fluxo de dispensação e avaliação mensal

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma realidade global, e em especial no Brasil, tem crescido o número de diagnosticados. Tal condição merece especial atenção pelo poder debilitante que provoca, quando não controlada, sendo responsável pelo afastamento das pessoas de suas atividades produtivas e/ou de rotina, além do aumento no número de internações hospitalares, consumindo inclusive boa parte dos recursos públicos.

Ocorre que grande parte dos danos causados poderiam ser evitados ainda na atenção primária, incentivando mudanças nos hábitos de vida, bem como o uso correto das medicações anti-hipertensivas.

Assim, observamos a importância da equipe interprofissional da ESF. O trabalho conjunto realizado por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde modifica o panorama das consequências advindas da elevação contínua dos níveis pressóricos, em especial naqueles que já possuem diagnóstico estabelecido. Não obstante, a equipe de apoio composta por nutricionista, educador físico e psicólogo complementa de forma holística os cuidados ao paciente.

Uma programação interventiva se mostra favorável ao acompanhamento dos pacientes em tela. Um modelo antigo que baseia-se na busca do indivíduo pelos serviços da equipe se mostra inadequado, frente à diversidade de contratempos propostos pela comunidade, tais como trabalho, cultura ou mesmo falta de conhecimento sobre as possibilidades terapêuticas.

Organizar a agenda da ESF, de modo a contemplar atividades coletivas, apoio nutricional, educacional físico e psicológico, garantia de retorno às consultas programadas e verificação de PA ao menos uma vez a cada seis meses pode se mostrar de grande importância na qualidade de vida e promoção da saúde da população em pauta.

## REFERÊNCIAS

BARROSO, W.K.S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.** São Paulo, v. 16, n. 3, 516-658, 2021.

BEZERRA R.K.C.; ALVES A.M.C.V. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. **Rev Expressão Católica Saúde.** 2019, v. 4, n. 2, 7-15. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/3210>>. Acesso em: 19 fev. 2024.

BLIZIOTIS, I.A.; DESTOUNIS, A.; STERGIOU, G.S. Home versus ambulatory and office blood pressure in predicting target organ damage in hypertension: a systematic review and meta-analysis. **J Hypertens.** Massachusetts, v. 30, n.7, 1289-1299, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).** Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acesso em: 04 de mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação e gestão da atenção básica.** Brasília: DF, MS. 2023. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório sobre HAS no Brasil (Vigitel).** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel>>. Acesso em: 04 mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2011\\_fatores\\_risco\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2023.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 19 de jun. 2023.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.** Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017.

CARVALHO F.S.S.; NOGUEIRA L.T.; MEDINA M.G. **Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários.** Saúde em Debate. 2014, v. 38, 265-278. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042014000600265&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042014000600265&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 19 fev. 2024.

FEITOSA, A.D.M. et al. Relationship between office isolated systolic or diastolic hypertension and white-coat hypertension across the age spectrum: a home blood pressure study. **J Hypertens.** Massachusetts, v. 38, n.4, 663-670, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Área territorial oficial: Resolução da Presidência do IBGE de n° 5 (R.PR-5/02).** Brasília, DF: IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa populacional de 2021.** Brasília, DF: IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2020.** Brasília, DF: IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

MALACHIAS, M.V.B. et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** São Paulo, v. 107, n. 3, 1-83, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOCA DA MATA - AL. **História da Cidade.** Boca da Mata: AL, SEINFRA. Disponível em: <<https://bocadamata.al.gov.br/v5/historico/>>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil.** Atlas do Desenvolvimento Humano. 2010.

SILVA C.S.; PAES N.A.; FIGUEIREDO T.M.R.M.; CARDOSO M.A.A.; SILVA A.T.M.C.; ARAÚJO J.S.S. Controle pressórico e adesão/ vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP** 2013. v. 47, n. 3, 584-90.

SOUZA W.K. et al. Comparison and correlation between self-measured blood pressure, casual blood pressure measurement and ambulatory blood pressure monitoring. **Arq Bras Cardiol.** São Paulo, v. 97, n. 2, 148-255, 2011.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2020.

VICTOR R.G. **Hipertensão Sistêmica: mecanismos e diagnóstico.** In: Zipes DP, Mann DL, Libby P, Bonow RO, editores. Tratado de doenças cardiovasculares. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 954-72.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2011.** Geneva, Switzerland. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/44844/1/9789241564441\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2024.