

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

GLAUBER ALVES DE LUCENA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DOS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
FRANCISCO CONSTÂNCIO, EM RIO BRANCO - ACRE**

RIO BRANCO/ACRE

2019

GLAUBER ALVES DE LUCENA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DOS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
FRANCISCO CONSTÂNCIO, EM RIO BRANCO - ACRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Anadias Trajano Camargos

RIO BRANCO/ACRE

2019

GLAUBER ALVES DE LUCENA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DOS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
FRANCISCO CONSTÂNCIO, EM RIO BRANCO - ACRE**

Banca examinadora

Examinadora 1 - Profa. Anadias Trajano Camargos - EE- UFMG
(orientadora)

Examinador 2 - Dra. Maria Marta Amâncio Amorim.

Aprovado em Bel Horizonte, em.....de dezembro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conduzir no dia a dia, segundo aos meus familiares, manancial de confiança e a principal razão para ser um alguém melhor. E por fim, mas não menos importantes, aos orientadores, por me auxiliar a alcançar as aptidões imprescindíveis para explorar o caminho da medicina.

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

Sêneca

RESUMO

A hipertensão arterial tem elevada prevalência no país e, por se abordar uma enfermidade crônica, demanda terapêutica ininterrupta e modificações de rotinas diárias. As problemáticas para condescender ao tratamento são comumente identificadas, o que reflete em inquietação para a equipe de saúde, já que a baixa adesão pode resultar em implicações originárias de níveis de pressão não controlados. Delineou-se como objetivo geral elaborar uma proposta de intervenção visando aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes portadores da hipertensão arterial sistêmica, atendidos na Unidade de Saúde Francisco Constâncio, no município de Rio Branco (AC), propondo melhoria no processo de trabalho e o envolvimento das ações educativas pela Equipe de Saúde da Família; A metodologia foi fracionada em três partes: através do levantamento de dados para elaboração do diagnóstico situacional; revisão da literatura sobre o problema trabalhado nas bases de dados *SciELO*, BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e Google acadêmico, a partir dos descritores: hipertensão, tratamento e Estratégia Saúde da Família. Em seguida, foi elaborado a proposta de intervenção ao ser sugerido pela equipe da Unidade Básica de Saúde Francisco Constâncio, utilizando como referencial o Planejamento Estratégico Situacional. Foram identificados como nós críticos o baixo nível de informação da população, os hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo; a organização da logística de atendimento e a ineficiência dos processos de trabalho da equipe de saúde. A partir dos nós críticos foram elaboradas as seguintes operações: saber mais, mais saúde; qualificar; e cuidar melhor. Assim conclui-se que com o desenvolvimento dessa proposta, espera-se que aconteçam mudanças no estilo de vida dos clientes portadores de hipertensão, bem como consigamos oferecer subsídios para melhorar a adesão dos mesmos ao tratamento, e que as ações sugeridas sejam congregadas de forma rápida e constante pela gestão horizontal, ou seja, participação dos profissionais e usuários.

Palavras-chave: Hipertensão. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Hypertension has a high prevalence in the country and, because it addresses a chronic disease, uninterrupted therapeutic demand and modifications of daily routines. Problems to condescend to treatment are commonly identified, which reflects in concern for the health team, since the low adherence can result in implications originating from uncontrolled pressure levels. The general objective was to elaborate a proposal for intervention to increase adherence to the treatment of patients with systemic arterial hypertension, attended at the Francisco Constâncio Health Unit, in the city of Rio Branco (AC), proposing an improvement in the work process and the involvement of educational actions by the Family Health Team; The methodology was divided in three parts: through the data collection to elaborate the situational diagnosis; review of the literature on the problem worked in the databases SciELO, VHL (Virtual Health Library) and Google academic, from the descriptors: hypertension, treatment and Family Health Strategy. Next, the intervention proposal was elaborated when it was suggested by the team of the Basic Health Unit Francisco Constâncio, using as Reference the Situational Strategic Planning. The low level of information of the population, habits and inadequate lifestyles that favor the appearance of cardiovascular problems, with emphasis on the sedentary lifestyle, were identified as critical nodes; the organization of care logistics and the inefficiency of the work processes of the health team. From the critical nodes the following operations were elaborated: knowing more, more health; qualify; and take better care. Thus, it is concluded that with the development of this proposal, it is expected that changes in the lifestyle of clients with hypertension will happen, as well as we will be able to offer subsidies to improve adherence to the treatment, and that the suggested actions be rapid and constant management by horizontal management, that is, the participation of professionals and users.

Key-words: Hypertension. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACE – Agente Comunitário de Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CIAP – Classificação Internacional de Atenção Primária

CID – Código Internacional de Doenças

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DRCA – Departamento de Registro, Controle e Avaliação

ESF – Equipe de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Parâmetros teóricos que sustentam a ESF como uma inovação tecnológica em saúde.....	24
Figura 2 - Árvore explicativa do problema.....	32

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Estabelecimentos de Saúde – Rio Branco/AC no ano de 2017 12**
- Quadro 2 - Perfil epidemiológico dos pacientes da Unidade Francisco Constâncio, no município de Rio Branco, Acre, 2018 15**
- Quadro 3 - Classificação dos problemas identificados como prioridades, através do diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Francisco Constâncio da Silva, no Município de Rio Branco (AC)..... 16**
- Quadro 4 - 1º Nó crítico: Baixo nível de informação da população na UBS Francisco Constâncio, município de Rio Branco (AC) 33**
- Quadro 5 - 2º nó crítico: Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo, na UBS Francisco Constâncio da Silva, no município de Rio Branco (AC)..... 34**
- Quadro 6 - 3º nó crítico: Organização da logística de atendimento na UBS Francisco Constâncio, no município de Rio Branco (AC) 34**
- Quadro 7 - 4º nó crítico: Ineficiência dos Processos de trabalho de Saúde da Equipe, na UBS Francisco Constâncio, no município de Rio Branco (AC)..... 35**
- Quadro 8 - Análise da viabilidade do plano proposto à UBS Francisco Constâncio, no município de Rio Branco (AC)..... 36**
- Quadro 9 - Gestão do plano de ação na UBS Francisco Constâncio no município de Rio Branco (AC)..... 38**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Breves informações sobre o município de Rio Branco/Acre.....	12
1.2	A equipe de saúde da família da unidade básica de saúde Francisco Constâncio da Silva, seu território e sua população.....	13
1.3	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	15
1.4	Priorização dos problemas	16
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	20
3.1	Geral.....	20
3.2	Específicos.....	20
4	METODOLOGIA.....	21
5	REFERENCIAL TEÓRICO	23
5.1	Estratégia de Saúde da Família	23
5.2	Atenção Primária a Saúde.....	25
5.3	Hipertensão Arterial Sistêmica.....	26
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	29
6.1	Descrição do problema selecionado.....	30
6.2	Explicação do Problema Selecionado	31
6.3	Seleção dos nós críticos.....	33
6.4	Desenho das Operações.....	33
6.5	Análise de Viabilidade	36
6.6	Gestão do Plano	37
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Rio Branco/Acre.

O Estado do Acre está situado na região Norte tendo como capital o município de Rio Branco. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), sua população estimada está em torno de 383.443 habitantes, possuindo uma área total de 8834.942km², com densidade demográfica de 43,40 (hab/km²) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2017, foi de 0,727.

Leite (2010, p. 1) refere que “Rio Branco originou na chegada do cearense Neutel Maia na década de 1880, e a cidade ganhou este nome em homenagem ao Barão do Rio Branco, que teve papel de destaque na assinatura do Tratado de Petrópolis, entre Brasil e Bolívia, garantindo a posse das terras do território do Acre e o direito de exploração da borracha nesta região para o Brasil. ”

Já Dantas (2010, p. 23) trata que “o município acima citado foi fundado em 28 de dezembro de 1882, estando localizado na microrregião do Baixo do Acre e faz divisa com os municípios do Bujari, Capixaba, Porto Acre, Senador Guiomard e Xapuri. ”

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (DATASUS, 2018), Rio Branco possui no ano consultado (2018) 463 estabelecimentos de saúde, sendo que, desses estabelecimentos, 90 são unidades básicas de saúde (UBS) ou centros de saúde. (Quadro 1)

Quadro 1 - Estabelecimentos de Saúde – Rio Branco/AC no ano de 2017

DESCRIÇÃO	TOTAL
Academia de Saúde	04
Central de regulação	03
Central de regulação Médica de Urgências	01
Centro de Atenção hemoterápica ou hematológica	01
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	02
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	90

Clínica especializada	38
Consultório	245
Farmácia	05
Hospital especializado	04
Hospital Geral	05
Laboratório de Saúde Pública	01
Policlínica	08
Pronto Atendimento	04
Secretaria de saúde	02
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	02
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	29
Unidade de Vigilância em Saúde	04
Unidade Móvel de nível pré-hospitalar	11
Unidade móvel terrestre	01
Telessaúde	01
TOTAL	463

Fonte: DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. **Rede assistencial.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabac.def/> Acesso: 14.03.2018

Dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em janeiro de 2018, a cobertura populacional estimada na Atenção Básica em Rio Branco foi de 78,52%, o que corresponde a 301.080 habitantes com 64 equipes de saúde da família. Para o mesmo período do ano de 2017, a cobertura populacional estimada foi de 77,38%, o que corresponde a 291.750 habitantes, porém contando com 65 equipes de saúde da família (BRASIL, 2018).

1.2 A equipe de saúde da família da unidade básica de saúde Francisco Constâncio da Silva, seu território e sua população.

A Unidade Básica de Saúde Francisco Constâncio da Silva é uma unidade de atendimento à saúde cadastrada no Ministério da Saúde sob o número CNES 2306379 e que está apta a prestar serviços de pré-natal/parto e nascimento, saúde da família, clínico geral e ginecologista à população na região do bairro Boa Vista (Sobral) da cidade Rio Branco/AC.

A equipe de Saúde da Família é composta por 11 profissionais, sendo: um Médico, um Enfermeiro, um Técnico de Enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 03 Agentes de Endemias.

A Estrutura física da Unidade de saúde é apropriada, contendo salas para consultório médico, consulta de enfermagem, sala de inalação, sala de curativos, sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), consultório dentário, cozinha, banheiros e sala de espera, e seu funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 07:00h às 17:00h.

Segundo informações da Secretaria de Saúde de Rio Branco, a área de abrangência inclui parte do Bairro Sobral, visto que tal bairro possui ainda mais duas unidades de saúde para atender à população. Divide-se em seis micro áreas, sendo que uma destas é descoberta de ACS, tendo atualmente um total de 489 residências, com 1.415 pessoas cadastradas. Desse total de pessoas cadastradas, sendo 655 do sexo masculino e 750 do feminino, distribuídos por faixa etária.

A estrutura de saneamento básico é relativamente boa. No que tange a coleta de lixo, 284 residências têm seu lixo coletado, quatro tem o lixo queimado e seis residências apresentam lixo a céu aberto. Ao se falar das instalações sanitárias, 291 casas têm rede coletora de esgoto ou pluvial, 12 tem Fossa séptica, e em oito os dejetos vão direto para um rio.

São realizadas atividades de atendimento à demanda espontânea, e algumas ações programadas, como o atendimento ao pré-natal, puericultura, consultas para ações preventivas de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a usuários com hipertensão e diabetes, acompanhamentos a crianças desnutridas e realização das visitas domiciliares. A equipe faz reunião mensal com todos seus integrantes discutindo os principais problemas de saúde identificados no território.

Os dados epidemiológicos dos pacientes cadastrados na unidade estão no quadro 2, a seguir:

Quadro 2 - Perfil epidemiológico dos pacientes da Unidade Francisco Constâncio, no município de Rio Branco, Acre, 2018

SITUAÇÃO DE SAÚDE	SIM	NÃO	NÃO INFORMADO
Paciente acamado	2	698	715
Portador de hanseníase	0	708	707
Portador de tuberculose	1	707	707
Está domiciliado (Assistência domiciliar)	12	685	718
Fumante	55	704	656
Está gestante	8	255	1152
Faz uso de álcool	62	693	660
Faz uso de outras drogas	11	719	685
Práticas Integrativas complementares	0	422	993
Portadores de diabetes mellitus	24	740	651
Tem hipertensão arterial	67	698	650
Tem ou teve câncer	1	705	709
Acometido de Acidente Vascular Cerebral / derrame	15	743	657
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde	8	629	778
Acometido de infarto do miocárdio	8	749	658
Teve internação nos últimos 12 meses?	19	685	711
Usa plantas medicinais	20	674	721

Fonte: SEMSA (2018). Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Rio Branco (2018).

Como se pode observar no perfil acima, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Francisco Constâncio, foram identificados, por meio do diagnóstico situacional, vários pacientes hipertensos, os quais têm dificuldades na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o que contribui para um alto grau de descontrole destes pacientes e conseqüentemente aparecimento de complicações.

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

Na UBS Francisco Constâncio da Silva são identificados diversos problemas relacionados à saúde da comunidade assistida. Durante os atendimentos diários estima-se uma alta incidência de Infecções Respiratórias Agudas (IRA's) na faixa pediátrica, que, de acordo com Oliveira e Soares (2013, p. 116), “se trata de um evento bastante frequente em pediatria, sendo uma das principais causas de morbimortalidade nesta população”.

Após análise, junto com os demais componentes da equipe atuante na referida UBS, pode-se identificar os outros problemas no território como: usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) portadores de hipertensão que não aderem ao tratamento; alta incidência de verminoses; água não tratada e sem saneamento adequado, o que aumenta o número de doenças infecciosas. Há também alto índice de idosos acometidos de quedas, pois geralmente estes moram sozinhos, em casas de madeira suspensas, visto que parte de área coberta pela ESF é passível de alagação quando do período de chuvas no município.

Usando o critério de Urgência e Emergência e pautado na dificuldade do paciente hipertenso em aderir ao tratamento, dificultando o controle da doença, aumentando o risco de eventos cardiovasculares irreversíveis, foi decidido intervir em tal problemática.

1.4 Priorização dos problemas

Seguindo o critério da urgência e capacidade para enfrentamento, o problema selecionado foi a não adesão ao tratamento de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Quadro 3 - Classificação dos problemas identificados como prioridades, através do diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Francisco Constâncio da Silva, no Município de Rio Branco (AC)

PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA *	URGÊNCIA **	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENT O***	SELEÇÃO/ PRIORIZAÇÃ O ****
Não adesão ao tratamento anti-hipertensivo	3	3	2	1
Alta incidência de IRA em crianças	3	2	2	2
Alto índice de verminoses	2	2	2	3
Queda de pessoas idosas.	3	3	0	4

Fonte: O autor do estudo (2018).

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30 – segundo critérios de urgência

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Depois de uma apreciação com a equipe da UBS Francisco Constâncio, notou-se que o maior desafio encarado pelos profissionais se trata da adesão dos pacientes ao tratamento da HAS. Perante isso, foi compreendido que há necessidade de realizar uma intervenção com fins de conscientizar a clientela de hipertensos, a respeito da importância de aderir à terapêutica que irá proporcionar mais qualidade de vida e redução dos agravos.

Radovanovic *et al* (2014, p. 548) apontam que precaver e conter a HAS “demanda o emprego de estratégias e abordagens para identificar os indivíduos em situação de risco, e tal ação traz benefícios tanto para o indivíduo com hipertensão como para a sociedade”; entretanto, o próprio autor refere que, por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo as medidas farmacológicas e não farmacológicas.

O controle da HAS é essencial para atenuar expressivamente a mortalidade por doenças cerebrovasculares, principalmente em idosos. Um baixo número de hipertensos em tratamento acresce o risco, também, de enfermidades cardiovasculares, exigindo mais consultas e internações, o que pesa para todo o processo de trabalho. O fato de o paciente não aderir, ou iniciar e posteriormente abandonar o tratamento é uma questão de alta incidência na comunidade.

Silva *et al* (2014, p. 157) colocam a HAS como “um dos principais fatores de risco cardiovascular apresentando anormalidade no funcionamento de estruturas cardíacas e vasculares com lesões em órgãos como coração, cérebro, rins e artérias levando a morbidades e mortalidades, além de gerar altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e até aposentadoria precoce. ”

O presente trabalho se justifica devido à necessidade de intervenção frente a esse problema na área de cobertura da UBS Francisco Constâncio. Como já abordado, o problema prioritário “a adesão ao tratamento”, ainda há os problemas relacionados ao estilo de vida do paciente, os fatores de riscos e contribuir para melhoria da qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Elaborar uma proposta de intervenção visando aumentar a adesão ao tratamento de pacientes portadores da HAS, atendidos na Unidade de Saúde Francisco Constâncio.

3.2 Específicos

- Propor o envolvimento da ESF nas ações educativas;
- Identificar os fatores dificultadores que interferem na não adesão ao tratamento da HAS na Unidade Básica Francisco Constâncio;
- Discutir a forma de melhorar o nível de conhecimento das famílias dos pacientes hipertensos sobre a doença, devendo estender a comunidade como um todo.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho, foi utilizado diagnóstico situacional, estudo descritivo, com revisão de literatura sobre o problema trabalhado e elaboração de um plano de intervenção.

Os subsídios colhidos por meio do diagnóstico situacional foram usados na constituição do Plano de Ação, adotando os passos indicados no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS, FARIA, SANTOS; 2010, p. 35) que são:

- Definição dos problemas.
- Priorização dos problemas.
- Descrição do problema.
- Explicação do problema.
- Seleção dos nós críticos.
- Desenho das operações.
- Identificação dos recursos críticos.
- Análise da viabilidade do plano.
- Elaboração do plano operativo.
- Gestão do plano operativo.

A seleção do problema foi feita por análise de determinados critérios e dados fornecidos pelo Sistema De Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros pela equipe através das diferentes fontes de obtenção de dados. Para a identificação dos problemas houve uma discussão junto à equipe de saúde onde os membros expuseram os problemas que consideravam mais relevantes, chegando ao consenso da “baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica”; dessa forma foi elaborado o plano de ação.

No tocante à revisão de literatura, a busca de artigos e outras publicações científicas foram realizadas em bancos de dados eletrônicos, guiada pelos descritores: Hipertensão; e Educação em saúde, através das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google acadêmico.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Estratégia de Saúde da Família

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2018), a Estratégia Saúde da Família busca à reorganização da Atenção Básica (AB) no País, sendo tida como mecanismo de qualificação e concretização da mesma por beneficiar a reorientação do processo de trabalho com maior potencialidade de arraigar seus princípios, diretrizes e fundamentos, aumentando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas.

A nova Política Nacional da Atenção Básica (Portaria do MS nº 2.436/2017) descreve que a composição mínima da ESF é: um médico, preferencialmente da especialidade medicina da família; um enfermeiro, preferencialmente da especialidade de saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem BRASIL (2017).

Oliveira *et al* (2017, p. 160) asseveram que “também podem integrar a equipe auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS, além do agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal. ”

Além disso, a Estratégia de Saúde da Família propõe humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário, por meio de um estreito relacionamento com os profissionais, tomando como base alguns princípios operacionais, entre eles a reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade integralidade das ações e a equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

Em sua literatura, Miranda *et al* (2017, p. 132) esclarecem que a Estratégia de Saúde da Família parte da “demarcação de um território com a

população adstrita, proporcionando melhor disposição da demanda por meio do trabalho em equipe multiprofissional, com destaque na constituição de conexões e criação de vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais e a clientela. ”

Além dos princípios gerais do SUS, a Estratégia de Saúde da Família deve atuar no território realizando cadastramento de famílias e diagnóstico situacional; realizar as atividades de acordo com o planejamento e programação com base no diagnóstico situacional; buscar integração com as instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência,

MODELO TRADICIONAL DE SAÚDE	PARÂMETROS	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Baseado nas premissas da biomedicina.	PRINCÍPIOS	Baseado nas premissas da Atenção Primária em Saúde e do Sistema Único de Saúde.
Pautada no entendimento de saúde como ausência de doença.	CONCEPÇÃO DE SAÚDE	Adota uma noção mais ampla do processo saúde-doença.
Centrada no médico.	RELAÇÃO PROFISSIONAL	Amplia para uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar.
Centrada na doença e cura.	ASSISTÊNCIA	Inclui ações curativas, de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de reabilitação.
É a ação profissional voltada à pessoa que necessita de tratamento de doenças.	FINALIDADE DO TRABALHO	É a ação profissional voltada para uma assistência ampliada, prestada às pessoas e à coletividade de uma área adstrita.
O corpo físico do indivíduo/parte afetada do corpo.	OBJETO DE TRABALHO	É o ser humano com carência de saúde na sua integralidade; em seu contexto familiar, cultural e social.
São equipamentos e materiais como maca, gaze, seringa, entre outros, bem como protocolos assistenciais, conhecimento estruturado sobre clínica.	INSTRUMENTOS DE TRABALHO	São equipamentos, materiais e protocolos assistenciais, similares aos usados no modelo tradicional, agregando outros com vistas a contemplar a dimensão integral do sujeito.
É a atividade assistencial realizada, como por exemplo, o curativo feito, o diagnóstico realizado, a prescrição fornecida.	PRODUTO DO TRABALHO	É a assistência realizada agregando outras dimensões como: ações educativas, implantação de programas e de medidas para mudanças nos indicadores sociais e de morbimortalidade.

para o desenvolvimento de parcerias; e constituir um espaço de construção de cidadania.

Fonte: SORATTO, *et al.* (2015) **Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 24(2): 584-92, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf Acesso em 14.03.2018

Ferraz e Leite (2016, p.303) colocam que a Estratégia de Saúde da Família mudou o foco da atenção, passando este a ser “a família, assistida no seu espaço social (área adstrita), com suas peculiaridades, por uma equipe

multidisciplinar, visando práticas mais resolutivas e integrativas, tendo a epidemiologia como eixo estruturante das ações coletivas”.

5.2 Atenção Primária a Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) considera os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e AB, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

Portanto, define-se APS como um

“Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”. (BRASIL, 2017)

Em alguns países, a “APS é considerada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços a populações mais pobres; em outros, é o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos, responsável pela coordenação do cuidado e pela sua organização, e ainda como uma política de reorganização do modelo assistencial” (ARANTES, SHIMIZU, HAMMAN, 2016, p.1500).

Soranz *et al* (2016, p.1328) relatam que

“Dentre as distintas alternativas existentes de padrão de atenção à saúde, a APS foi selecionada para ser o alicerce da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS), utilizando o contexto que várias cidades do Brasil e do mundo já vinham desenvolvendo este modelo com resultados significativos no avanço da qualidade de vida de suas populações”.

Segundo Araújo e Neves (2014, p. 47), a

“Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) foi elaborada na tentativa de aprofundar as informações necessárias para a atenção básica, sendo uma classificação para enfrentar aspectos mais complexos relativos às enfermidades, incluindo condições de habitação e as condições sociais; porém, ela liga todas essas informações aos códigos relacionados no Código Internacional de Doenças (CID), sem abordar as dimensões da funcionalidade, que têm notória importância na abordagem das manifestações primárias”.

Malta *et al.* (2016, p. 328) assinalam que a

“Acessibilidade (estrutura), localização geográfica, horários e dias de funcionamento, e o processo de utilização dos serviços por parte da população, são subsídios essenciais para que a atenção primária seja avaliada como porta de entrada do sistema de saúde, crendo que uma atenção primária resolutive sugere a ampliação do acesso às demandas dos usuários com horários adequados de funcionamento, acolhimento e atendimento da demanda espontânea e a capacidade em resolver as demandas trazidas pelos usuários”.

Já Gontijo *et al.* (2017, p. 747) trazem em seus estudos, os benefícios de um acesso de primeiro contato: “redução da morbidade e mortalidade, de internação hospitalar; de tempo para a resolução do problema de saúde, de encaminhamentos desnecessários a especialistas e de custos totais; uso eficiente de recursos; atenção apropriada às necessidades e em melhores resultados em saúde”. As autoras ainda destacam que essa não é uma característica exclusiva da APS, entretanto, é um dos requisitos para este serviço ser reconhecido como porta de entrada, facilitando o acesso à atenção à saúde.

5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

Dantas *et al* (2016, p. 250) definem HAS como uma “condição clínica multifatorial e caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associando-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e alterações metabólicas”, onde sua prevalência na população brasileira adulta (>20 anos) está acima de 30%, pontuando 35,8% nos homens e 30% em mulheres, acometendo aproximadamente 25% da

população mundial, com uma projeção estimada de 60% de aumento nos casos da doença em 2025.

Malta *et al* (2017, p. 2) apresentam em seus estudos os fatores de risco associados à HAS, sendo eles: “alimentação inadequada, a ingestão excessiva de sal, o consumo abusivo de álcool, a inatividade física, o excesso de peso, o tabagismo e os distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios”, além de estar associados à Diabetes, e esta associação é consolidada por mecanismos fisiopatológicos, e a prevenção e o tratamento dessas comorbidades (HAS, diabetes) são essenciais no controle de desfechos mais graves e na prevenção da mortalidade.

Ferreira e Iwamoto (2017, p.2) destacam que a prevalência de HAS tem se elevado, em virtude aos “hábitos de vida, em decorrência das crescentes taxas de sobrepeso, obesidade e ingestão de bebidas alcoólicas, o que ocasiona aumento da morbimortalidade pela doença, havendo baixo controle dos níveis pressóricos e manutenção de fatores de risco evitáveis em hipertensos ocasionados principalmente pela baixa adesão ou não adesão ao tratamento doença. ”

De acordo com o Ministério da Saúde, o tratamento da HAS é feito através de estratégias que incluem mudanças do estilo de vida e terapia farmacológica. A redução dos níveis da PA em hipertensos produz benefícios como a diminuição de doenças do aparelho circulatório e até mesmo de morte, com evidências de que a redução prolongada na pressão arterial diastólica (PAD) de 5 e 10mmHg foram associadas com 34%, 46% e 56% menos acidentes vasculares cerebrais e 21%, 29% e 37% menor incidência de doença cardíaca coronária. (BRASIL, 2016).

Segundo Tortorella *et al* (2017, p. 470), é “possível prevenir o desenvolvimento de HAS ou melhorar o prognóstico e a qualidade de vida da população, além de evitar gastos com saúde, e é na APS que a população tem seu primeiro contato com a prevenção e tratamento dessas doenças. ”

Encarnação, Santos e Heliotério (2017, p. 274), asseguram que

“Atenção Primária possibilitou ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal dos usuários, sendo essencial para a melhoria da resposta à terapêutica, mas a problemática da baixa adesão ao tratamento confirma um sério problema a ser vencido, devendo-se ponderar que a prevalência da não adesão ao tratamento é um indicador de problemas na qualidade do processo de cuidado em saúde.”

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Trata-se de uma proposta de intervenção que será realizado na UBS Francisco Constâncio da Silva, no Município de Rio Branco, com universo de trabalho de 67 pacientes hipertensos cadastrados, pertencentes a unidade.

De acordo com Schneider e Flach (2017, p. 3), proposta de intervenção é uma

“Proposta de ação estabelecida a partir da assimilação dos problemas, necessidades e fatores determinantes, sendo algo que se lança à frente, sustentado em objetivos a serem alcançados, com uma ação objetiva, um fazer concreto numa dada realidade, definindo e orientando as ações planejadas para resolução de problemas e/ou necessidades identificadas, preocupando-se em gerar mudança e desenvolvimento” (SCHNEIDER; FLACH, 2017, p. 3).

Foi empregado o Método da Estimativa Rápida para determinar o diagnóstico situacional da área, que consiste em um “modo de se conseguir elementos sobre os problemas e as possíveis soluções para seu enfrentamento, em breve tempo e com reduzidos gastos, procurando abranger as pessoas da comunidade na assimilação de suas precisões, além de gestores, organizações governamentais e não governamentais para resolução do problema” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 32).

Esse Método da Estimativa Rápida permite fazer o levantamento dos principais problemas os quais podem ser realizados por três tipos de fontes, que incluem os registros escritos existentes ou fontes de informação secundária; entrevistas com informantes chaves e observação direta do local (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 33).

Destacam ainda, os critérios de avaliação, tais como “grau de importância, urgência do problema e capacidade de enfrentá-lo.”

Após estimativa rápida, os problemas identificados foram:

- ✓ Não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
- ✓ Alta incidência de IRA em crianças.
- ✓ Alto índice de verminoses.

- ✓ Queda de pessoas idosas.

Posterior à priorização e seguindo os critérios acima referidos, o problema selecionado foi o relativo à HAS.

Foi ponderado que muitos cadastrados não assentem bem ao tratamento medicamentoso nem às mudanças de estilo de vida, o que acarreta um aumento de pacientes fora do controle da HAS que precisam de internação e atendimento de urgência. Através do diagnóstico de saúde foi possível ter informações sobre as condições de vida e saúde da população da área, e, através destes, considerar, esquematizar e efetivar ações apontadas para a melhora da saúde das pessoas. No entanto, é necessária uma participação intensa da sociedade e dos profissionais, bem como outros setores.

Essa proposta de intervenção segue os passos do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). As ações dirigidas aos pacientes com hipertensão arterial serão realizadas na própria unidade de saúde (consulta e sala de reuniões), bem como na visita domiciliar.

6.1 Descrição do problema selecionado

Na UBS Francisco Constâncio, os pacientes hipertensos são acompanhados através de consultas, ocasião em que é realizada uma avaliação médica do estado de saúde do paciente e renovação de sua receita, além de receberem orientações gerais, principalmente sobre mudanças de estilo de vida.

Apesar desse acesso garantido, foi observado que uma grande parcela dos pacientes não segue adequadamente o tratamento anti-hipertensivo, principalmente no que tange o tratamento medicamentoso, ou seja, a adesão terapêutica medicamentosa não ocorre de forma ideal.

De acordo com o Departamento de Registro, Controle e Avaliação (DRCA), da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (dados desatualizados), há 67 hipertensos cadastrados na unidade, onde a maioria tem baixo nível de informação sobre HAS e suas complicações, o que pode acarretar pouca motivação para realização diária do tratamento indicado (não farmacológicos e farmacológicos).

Deve-se ressaltar que a família constitui um fator importante de ajuda e cuidados para esses pacientes e também necessita de conhecimentos sobre a doença; sendo assim, a equipe de saúde deverá incluir a participação da família ao planejar as ações de promoção e prevenção que permitam incrementar o grau de adesão ao tratamento e alcançar um melhor controle da hipertensão arterial.

6.2 Explicação do Problema Selecionado

Diversos aspectos são estudados com a finalidade de identificar a raiz dessa baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Vários dados pertinentes ao tratamento, ao paciente e à doença parecem ter ligação com a adesão imprópria. Todavia, nenhum pode ser assinalado como chave para se consumir o tema ou considerado mais expressivo que os outros em todas as ocasiões.

Em relação a essa problemática, o que está diretamente relacionado ao paciente é a ausência de conhecimento em relação a doença e sua evolução, a falta de motivação para contê-la, além de fatores como presença ou não de um cuidador e a idade do paciente, como poderá ser visto na Figura 2.

Na situação da UBS Francisco Constâncio, foi analisado que os pacientes têm problemas para tomar os medicamentos, seja por esquecimento ou até pela baixa escolaridade, pois muitos apresentam dificuldades em entender a receita ou não sabem a ocasião certa para a medicação.

O que acontece é que o paciente, geralmente, ignora o fato de que a HAS é uma enfermidade silenciosa e que, na maioria das vezes, não está conexas a nenhum sinal. Perante essa nota desvirtuada em relação à patologia, os pacientes tomam os remédios de modo impróprio, explicando tal atitude pelo fato de não exibirem indícios que determinem o uso ininterrupto dos mesmos.

A assimilação dessas dificuldades, adjuntas a competência de enfrentamento delas, estabelece um caminho essencial para preparação da proposta.

Figura 2 - Árvore explicativa do problema



Fonte: O autor do estudo (2018).

6.3 Seleção dos nós críticos

Os “nós críticos” são os motivos de uma específica dificuldade, e distinguir tais nós, é fundamental para analisar a procedência do problema e descobrir configurações compreensíveis de resolvê-lo. Então foram identificados os seguintes “nós críticos” do problema escolhido:

- Baixa adesão ao tratamento.
- Baixo nível de informação da população.
- Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo.
- Organização da logística de atendimento.
- Ineficiência dos processos de trabalho da equipe de saúde.

6.4 Desenho das Operações.

O primeiro tópico a ser trabalhado se trata do baixo nível de informação da população em relação à HAS (Quadro 4)

Quadro 4 - 1º Nó crítico: Baixo nível de informação da população na UBS Francisco Constâncio, município de Rio Branco (AC)

Nó crítico 1	Baixo nível de informação da população.
Operação (operações)	Saber mais
Proposta Intervenção	Aumentar o nível de informação da população sobre a doença de Hipertensão Arterial. Melhorar o nível de conhecimento da população sobre o assunto.
Resultados esperados	População melhor informada sobre a importância do uso correto das medicações.
Produtos esperados	Aumento do nível de informação da população sobre hipertensão arterial e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
Recursos necessários	Financeiro: Aquisição de recursos monetários para panfletagem Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: organização da agenda. Político: articulação intersetorial (com o setor educação e mobilização social).
Ações estratégicas	Campanha educativa no posto e por panfletagem.
Prazo	30 dias
Responsável (eis) pelo	Médico, Enfermeiro da ESF

acompanhamento das operações	
------------------------------	--

Fonte: O autor do estudo (2018)

Posteriormente, é proposto medidas de intervenção para que os pacientes tenham mais adequados hábitos e estilos de vida, como explicitado no quadro 5.

Quadro 5 - 2º nó crítico: Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo, na UBS Francisco Constâncio da Silva, no município de Rio Branco (AC)

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo
Operação (operações)	Mais Saúde
Proposta Intervenção	Aumentar o nível de informação da população sobre a doença de Hipertensão Arterial e modificar hábitos e estilos de vida da população.
Resultados esperados	Diminuição do número de pacientes sedentários em 50 %.
Produtos esperados	Programa educativo na população.
Recursos necessários	Organizacional: para organizar agenda. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: articulação intersetorial e social. Financeiro: folhetos educativos, recursos áudio visuais.
Ações estratégicas	Campanha educativa no posto para grupo de hipertensos.
Prazo	60 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico, Enfermeiro da ESF e ACS's

Fonte: O autor do estudo. (2018)

O quadro 6 apresenta uma intervenção para melhoria no processo de trabalho e conseqüente melhoria para uma assistência mais adequada.

Quadro 6 - 3º nó crítico: Organização da logística de atendimento na UBS Francisco Constâncio, no município de Rio Branco (AC)

Nó crítico 3	Organização da logística de atendimento
Operação	Qualificar

(operações)	
Proposta Intervenção	Atendimento qualificado com ações efetivas.
Resultados esperados	Ampliar o número de consultas mensais realizadas na unidade, reduzir o tempo de espera para o atendimento dos profissionais de saúde, ampliar o número de atendimentos em visitas domiciliares
Produtos esperados	Realizar o agendamento dos pacientes para consultas individuais por hora marcada, em dias determinados, por micro áreas; promover a realização de grupos para hipertensos em espaços comunitários de fácil acesso à população; aumentar o número de consultas médicas e de enfermagem em visitas domiciliares aos pacientes com HAS dependentes e com dificuldades de se dirigirem à unidade de saúde.
Recursos necessários	Organizacional: Organização da agenda para realização da educação continuada e da forma de execução desta atividade. Financeiro: Apoio para aquisição de cópias de textos informativos sobre o assunto, livros para consulta, acesso à internet, folha de papel A4, caneta, lápis e borracha. Políticos: Apoio da gestão, comprometimento da equipe.
Ações estratégicas	Adequar o agendamento das consultas na unidade, por horário e de acordo com as diferentes micro áreas. Organizar o cronograma de visitas domiciliares aos idosos que não possuem condições de procurar a unidade. Realizar contato com líderes comunitários a fim de organizar a realização dos grupos em espaços estratégicos na comunidade.
Prazo	90 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Coordenador da UBS, Médico, Enfermeiro da ESF e ACS's

Fonte: O autor do estudo (2018)

Já no quadro 7 a seguir, trata-se de capacitação para toda a equipe de saúde, com fins de alcançar uma melhora na adesão ao tratamento, por parte dos hipertensos atendidos na unidade.

Quadro 7 - 4º nó crítico: Ineficiência dos Processos de trabalho de Saúde da Equipe, na UBS Francisco Constâncio, no município de Rio Branco (AC)

Nó crítico 4	Ineficiência dos Processos de trabalho de saúde da Equipe
Operação (operações)	Cuidar melhor
Proposta Intervenção	Capacitação da equipe de saúde para incrementar a adesão do tratamento anti-hipertensivo na população. Incrementar as ações de capacitação da equipe sobre a adesão do tratamento anti-Hipertensivo.

Resultados esperados	Organização do grupo operativo.
Produtos esperados	Profissionais capacitados para deixar a população mais informada e com melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
Recursos necessários	Organizacional: Organização da agenda. Cognitivo: Informação sobre o tema, estratégias de comunicação. Político: mobilização social, articulação com outros setores (educação). Financeira: recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Ações estratégicas	Reuniões mensais com o grupo operativo. Avaliação do nível de informação da equipe de saúde e população sobre a hipertensão arterial.
Prazo	90 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Secretaria municipal de saúde, Médico, Enfermeiro da ESF e ACS's

Fonte: O autor do estudo (2018)

6.5 Análise de Viabilidade

Esse passo tem por desígnio identificar os personagens que dominam os recursos críticos para colocar em prática cada intervenção e considerar a motivação desses em relação aos fins ansiados pela proposta. (Quadro 8)

Quadro 8 - Análise da viabilidade do plano proposto à UBS Francisco Constâncio, no município de Rio Branco (AC)

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Controle de recursos críticos		Ações estratégicas
Saber mais	Político: Articulação entre setores e mobilização social	Equipe de Saúde da Família	Favorável	Apresentar o projeto para a Equipe Apresentação do projeto para a comunidade
Mais saúde	Político:	✓ Equipe de	Favorável	Apresentar projeto

	Obter recinto local e articulação intersetorial. Financeiros: Panfletos educacionais e expedientes de áudio e vídeo.	saúde da Família. ✓ Secretaria Municipal de Saúde.		para equipe. Estruturação das redes.
Qualificar	Políticos: Suporte da Direção e empenho do conjunto. Organizacionais Adaptar o agendamento das consultas de acordo com as distintas micro áreas.	✓ Equipe de saúde da Família. ✓ Coordenador da Unidade ✓ Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável	Apresentar projeto para a Secretaria Municipal de Saúde. Apresentar o projeto para o coordenador da UBS. Apresentar o projeto para a Equipe.
Cuidar melhor	Políticos: Suporte da Direção e empenho do conjunto. Financeiro: Para confeccionar e comprar os materiais.	✓ Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável	Apresentar projeto para a Secretaria Municipal de Saúde. Apresentar o projeto para o coordenador da UBS.

Fonte: O autor do estudo. (2018)

6.6 Gestão do Plano

Nesse passo é ilustrado um molde de gestão do plano de ação onde estão estruturados os desígnios e disposições da equipe, os limites instituídos, podendo-se arranjar as conformidades quando necessárias e debater e determinar o método de acompanhamento do plano e suas ferramentas. (Quadro 9)

Quadro 9 - Gestão do plano de ação na UBS Francisco Constâncio no município de Rio Branco (AC)

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Aumento do nível de informação da população sobre hipertensão arterial e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Médico, Enfermeiro e ACS's	30 dias	Dentro do prazo	Organizar ações e iniciar a ação
Programa educativo na população.	Médico, Enfermeiro e ACS's	60 dias	Dentro do prazo	Organizar ações e iniciar a ação
Realizar o agendamento dos pacientes para consultas individuais por hora marcada, em dias determinados, por micro áreas; promover a realização de grupos para hipertensos em espaços comunitários de fácil acesso à população; aumentar o número de consultas médicas e de enfermagem em visitas domiciliares aos pacientes com HAS dependentes e com dificuldades de se dirigirem à unidade de saúde.	Coordenador da UBS, médico, enfermeiro e ACS's	90 dias	Dentro do prazo	Organizar ações e iniciar a ação
Profissionais capacitados para deixar a população mais informada e com melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Secretaria Municipal de Saúde, médico, enfermeiro e ACS's	90 dias	Dentro do prazo	Organizar ações e iniciar a ação

Fonte: O autor do estudo (2018)

É relevante observar que serão efetivadas ponderações recorrentes, através de reuniões com os profissionais, com objetivo de aferir a eficácia do projeto, bem como suas implicações e necessidades de ajustes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância do estudo, pode-se constatar a ampla relevância da AB é o contato preferencial dos usuários, desenvolvendo ações preventivas como: educação em saúde e promoção de saúde, e, se tratando dos casos de HAS, a intervenção mostrou-se uma prática eficaz e indispensável para diminuição da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

A preparação deste trabalho foi importante para esquematizar as estratégias que devem ser cumpridas pela ESF Francisco Constâncio, a fim de precaver, conter e atenuar os agravos que procedem da hipertensão arterial, aumentando a adesão ao tratamento dos pacientes acompanhados pela equipe.

Após colocá-lo em prática a proposta de intervenção, serão realizadas reuniões para avaliação, discussão e transformação, de acordo com a necessidade da população da área, e instituindo métodos de controle que admitam que o paciente compreenda a necessidade de adesão aos tratamentos preconizados.

Ressalta-se que é relevante promover ações educacionais que beneficiem o conhecimento do público sobre a enfermidade e sua terapêutica.

Com o desenvolvimento dessa proposta, esperam-se modificações no estilo de vida do hipertenso, fornecendo subsídios para melhorar a adesão, e que as ações sugeridas sejam congregadas de forma rápida e constante pelos profissionais e pacientes.

O curso de especialização em saúde da família constituiu a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família e a ocasião de mudança no processo de trabalho dos membros da equipe da UBS Francisco Constâncio, aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso, além da valorização profissional.

Portanto, a Especialização em gestão do cuidado em saúde da família oportunizou observar que as ações preventivas devem ser delineadas na educação em saúde e promoção em saúde para poder definir e priorizar atos direcionados ao processo saúde-doença dessa população vulnerável.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri.; HAMMAN, Edgar Merchan. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 21, n. 5), pp. 1499-1509, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf/> Acesso em: 13.03.2018

ARAÚJO, Eduardo Santana.; NEVES, Fernando Pacini Neves. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica? **Acta Fisiatr.** V. 21, n. 1, pp. 46-48, 2014. em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=537/ Acesso em: 14.03.2018

BRASIL. **Síntese de evidências para políticas de saúde: prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_hipertensao_arterial.pdf/ Acesso em: 19.03.2018

_____. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html/ Acesso em 15.03.2018

BRASILa. **Informação e gestão da Atenção Básica.** Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2018. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml/>. Acesso em: 14.03.2018

BRASILb. **Estratégia de Saúde da Família.** Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php/. Acesso em 14.03.2018

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

DANTAS, A. L. **Levantamento do programa de gestão participativa com ênfase no meio ambiente no município de Rio Branco/AC.** Monografia (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

DANTAS, Rosimeire Cruz de Oliveira. *et al.* Determinantes do controle da pressão arterial em homens assistidos na atenção primária à saúde. **O Mundo**

da **Saúde**. V. 40, n. 2, pp. 249-256, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/controle_pressao_arterial.pdf/ Acesso em: 22.03.2018

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. **Rede Assistencial**. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabac.def/> Acesso em: 14.03.2018

ENCARNAÇÃO, Priscila Pereira Santiago; SANTOS, Eglia Sara Almeida; HELIOTÉRIO, Margarete Costa. Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência. **Rev. APS**. V. 20, n. 2, pp. 273 – 278, 2017 abr/jun; Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/3016/1112/> Acesso em: 19.03.2018

FERRAZ, Giuiliane Andrade.; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. **Rev. APS**. V. 19, n. 2, pp. 302 – 314, 2016. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2548/977/> Acesso em: 14.03.2018

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/> Acesso em: 15.03.2018

LEITE, Ary Pinheiro. **A evolução urbana de Rio Branco (AC): de seringal a capital**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93794/> Acesso em: 15.03.2018

FERREIRA, Maysa Alvarenga.; IWAMOTO, Helena Hemiko. Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa hiperdia da atenção primária à saúde. **REME • Rev Min Enferm**. 2017; V. 21, e-1037, pp. 1 – 7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1175/> Acesso em: 20.03.2018

GONTIJO, Tarcísio Laerte. *et al.* Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde debate**. V. 41, n. 114, p. 741-752, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0741.pdf/> Acesso em: 18.03.2018

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 21, n. 2, pp. 327-338, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf/> Acesso em 14.03.2018

_____. *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1s-11s, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000200313&script=sci_arttext&tlng=pt/ Acesso em 21.03.2018.

MIRANDA, Gabriela Morais Duarte *et al.* A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15 n. 1, p. 131-145, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00051.pdf/> Acesso em: 14.03.2018

OLIVEIRA, Michelle Mandagará. *et al.* Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. APS**. V. 20, n. 2, pp. 159 – 166, 2017. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2253/1076/> Acesso em: 15.03.2018

OLIVEIRA, Juliana Brandão dos Santos.; SOARES, Maria Elma de Souza Maciel. Perfil epidemiológico da insuficiência respiratória aguda em crianças internadas na unidade de terapia intensiva de um hospital público da paraíba. **InterScientia**, v.1, n.3, p.115-126, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/52/49/> Acesso em: 18.03.2018

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v. 22, n. 4, pp. 547-53, jul-ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf/ Acesso em: 20.03.2018

SEMSA (2018). Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Rio Branco (2018).

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro.; FLACH, Patrícia Maia. **Como construir um projeto de intervenção?** Eixo Instrumentos. Curso Aberta, Senad, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170427-095100-001.pdf/> Acesso em: 16.03.2018

SILVA, Maria Valdinéia. *et al.* Assistência de enfermagem ao portador de hipertensão na atenção básica: revisão integrativa da literatura. **R.Interd**. v. 7, n. 2, p. 156-164, 2014. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/408/> Acesso em: 20.03.2018

SORANZ, Daniel. *et al.* Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1327-1338, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1327.pdf/>. Acesso em 16.03.2018

SORATTO, Jacks. *et al.* Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, V. 24, n. 2, pp. 584-92, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf/ Acesso em 14.03.2018

TORTORELLA, Catiuscie Cabreira da Silva. *et al.* Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, V. 26, n. 3, pp. 469-480, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2017.v26n3/469-480/pt/> Acesso em 18.03.2018