UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Islene Bezerra da Silva

O DIFÍCIL CONTROLE PRESSÓRICO DOS HIPERTENSOS MORADORES DAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO RIO JURUÁ

Marechal Thaumaturgo

2020

Islene Bezerra da Silva

O DIFÍCIL CONTROLE PRESSÓRICO DOS HIPERTENSOS MORADORES DAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO RIO JURUÁ

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

Orientadora: Professora Dra. Wania Cristina da Silva

Marechal Thaumaturgo
2020

Islene Bezerra da Silva

O DIFÍCIL CONTROLE PRESSÓRICO DOS HIPERTENSOS MORADORES DAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO RIO JURUÁ

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

Orientadora: Professora Dra. Wania Cristina da Silva

Banca examinadora

Professora Dra. Helisamara Mota Guedes- UFVJM

Professora Dra. Wania Cristina da Silva - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 08 de setembro de 2020

DEDICATÓRIA

Primeiramente ao criador de todo o universo o nosso Deus.

À comunidade da Vila Foz do Breu que me acolheu, juntamente com a equipe de saúde do PSF Rosendo Rodrigues que não nega esforços para cada dia desenvolverem um excelente trabalho junto à comunidade.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e aos amigos e familiares por me incentivarem em todos os momentos da minha formação.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra. Wania Cristina da Silva pela dedicação e paciência. A minha equipe pela participação e ajuda. A coordenação da atenção Básica pelo apoio.

RESUMO

A prevalência estimada de hipertensão arterial sistêmica no Brasil é, na população adulta, de 32,5%. Essa proporção aumenta com a idade, chegando a mais de 60% na população idosa. A hipertensão arterial não controlada coloca em risco a vida dos pacientes devido suas possíveis complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Sendo assim, a equipe de Saúde Da Família Rosendo Rodrigues situada no município de Marechal Thaumaturgo- Acre em suas atividades diárias observou um alto número de hipertensos com uma PA elevada mesmo fazendo uso diário dos medicamentos. Nesta observação foi constatado que alguns pacientes não tomavam a medicação de forma adequada, conforme prescrição médica. Nesse sentido, em uma das reuniões mensais, a equipe de saúde elaborou um projeto de intervenção para conscientizar os pacientes no controle pressórico adequado. O projeto teve como objetivo apresentar um projeto de intervenção para promover o melhor controle de adesão aos tratamentos das populações ribeirinhas que são acometidas pela Hipertensão Arterial Sistêmica. A metodologia utilizada foi baseada nas diretrizes do Planejamento Estratégico Situacional e utilizando os dados da pesquisa bibliográfica feita nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, Scientific Electronic Library Online e publicações do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde com os descritores: Hipertensão; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde. Foram identificados quatro nós críticos, sendo eles: hábitos e estilo de vidas inadequadas, desinformação, má adesão ao tratamento e estrutura do serviço de saúde. Desta forma, foram programados quatro projetos: Viver saúde, conhecendo a hipertensão arterial, conscientização da importância de aderir ao tratamento e desenvolvendo qualidade no atendimento à saúde da população. Espera-se que a implantação deste plano de intervenção possibilite formar uma nova mentalidade sobre a importância do controle da pressão arterial evitando complicações maiores, conscientizando no processo de educação tanto a equipe de saúde, os gestores municipais bem como a população da área de abrangência quanto à importância de medidas preventivas, que diminuam a incidência de doenças causadas em decorrência das complicações do descontrole pressórico.

Palavras chaves: Hipertensão; Educação em Saúde; Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

The estimated prevalence of systemic arterial hypertension in Brazil is 32.5% in the adult population. This proportion increases with age, reaching more than 60% in the elderly population. Uncontrolled arterial hypertension puts patients' lives at risk due to its possible cardiovascular, cerebrovascular and renal complications. Thus, the Rosendo Rodrigues Family Health team located in the municipality of Marechal Thaumaturgo - Acre in their daily activities observed a high number of hypertensive patients with a high BP even though they used their medications daily. In this observation, it was found that some patients did not take the medication properly, as prescribed by a doctor. Accordingly, in one of the monthly meetings, the health team developed an intervention project to raise patients' awareness of adequate blood pressure control. The project aimed to present an intervention project to promote better control of adherence to the treatments of riverside populations that are affected by Systemic Arterial Hypertension. The methodology used was based on the guidelines of the Situational Strategic Planning and using the data from the bibliographic research carried out in the databases of the Virtual Health Library, Scientific Electronic Library Online and publications from the Federal Government, especially from the Ministry of Health with the descriptors: Hypertension; Health education; Primary Health Care. Four critical nodes were identified, namely: inadequate habits and lifestyle, misinformation, poor adherence to treatment and structure of the health service. In this way, four projects were programmed: Living health, knowing about arterial hypertension, raising awareness of the importance of adhering to treatment and developing quality in the health care of the population. It is hoped that the implementation of this intervention plan will make it possible to form a new mentality about the importance of blood pressure control, avoiding major complications, raising awareness in the education process of both the health team, the municipal managers as well as the population in the coverage area as well as the population. the importance of preventive measures, which reduce the incidence of diseases caused as a result of the complications of uncontrolled pressure.

Keywords: Hypertension; Health Education; Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Problemas de saúde do território e comunidade..... 17
Quadro 2. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrito à Equipe de saúde da família da Comunidade Vila Foz do Breu do Município de Marechal Thaumaturgo, Estado do Acre. 18
Quadro 3. Descrição do problema "a má adesão" dos pacientes ribeirinhos ao tratamento da hipertensão arterial, levando a possíveis complicações como AVC e doenças cardiovasculares, Vila Foz do Breu-município de Marechal Thaumaturgo do estado do Acre..... 29
Quadro 4. Operações sobre o "nó crítico 1 hábitos e estilo de vida inadequados relacionado ao problema HTA descontrolada de pacientes ribeirinhos sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Rosendo Rodrigues no município de Marechal Thaumaturgo do estado do Acre. 31
Quadro 5. Operações sobre o "nó crítico 2 hábitos desinformação sobre os ricos relacionado ao problema HTA descontrolada de pacientes ribeirinhos sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Rosendo Rodrigues no município de Marechal Thaumaturgo do estado do Acre. 32
Quadro 6. Operações sobre o "nó crítico 3má adesão ao tratamentoda HTA descontrolada de pacientes ribeirinhos sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Rosendo Rodrigues no município de Marechal Thaumaturgo do estado do Acre. 33
Quadro 7. Operações sobre o "nó crítico 4 estrutura de serviço de saúde para melhorar assistência e atenção à saúde de qualidade. De pacientes ribeirinhos sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Rosendo Rodrigues no município de Marechal Thaumaturgo do estado do Acre. 34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primaria à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Arterial Sistêmica
HTA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NESCON	Biblioteca Virtual em Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
HTA	Hipertensão Arterial

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 11
1.1 Aspectos gerais do município 11
1.2 O sistema municipal de saúde 11
1.3 Aspecto da comunidade 14
1.4 A Unidade Básica de SaúdeRosendo Rodrigues 14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Rosendo Rodrigues 15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Rosendo Rodrigues 15
1.7 O dia a dia da equipe Rosendo Rodrigues 16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e comunidade (primeiro passo)17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) 17
2. JUSTIFICATIVA 19
3. OBJETIVOS 20
3.1 Objetivo geral 20
3.2 Objetivos específicos 20
4. METODOLOGIA 21
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 22
5.1 Estratégia Saúde da Família 22
5.2 Atenção Primária à Saúde 23
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 25
5.4 Tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) 27
5.5 Medidas de controle Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 27
6. PLANO DE INTERVENÇÃO 29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) 29
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo) 30
6.3 Seleção dos “nós críticos” (quinto passo): 30
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) 31
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 36
REFERENCIAS 37

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Marechal Thaumaturgo é um município brasileiro do Estado do Acre. Sua população, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 18.867 em 2019 (IBGE, 2019). O nome da cidade é uma homenagem ao militar Gregório Thaumaturgo de Azevedo, que fundou a cidade de Cruzeiro do Sul e foi prefeito do Alto Juruá após a anexação do Acre ao Brasil, com o tratado de Petrópolis de 1903 (BARBOSA, 1991).

O município de Marechal Thaumaturgo originou-se do Seringal Minas Gerais, em terras ocupadas por seringueiros brasileiros, invasores de terras peruanas, a partir de política expansionista financiada pelo governo do Amazonas. Somente em 28 de abril de 1992 foi criado o município de Marechal Thaumaturgo, a partir de um desmembramento do município de Cruzeiro do Sul. A sede do município situa-se as margens do Rio Juruá, na foz do Rio Amônia. Os transportes fluviais e aéreos são os únicos meios de acesso a Marechal Thaumaturgo (NOTÍCIAS DO ACRE, 2014).

O município possui uma forte dependência econômica com Cruzeiro do Sul, através do Rio Juruá. A economia local é baseada na agricultura de subsistência, pecuária vendas nos comércios varejistas e no bolsa família. Os agricultores da região costumam cultivar nas praias dos rios Juruá, Amônia e Arara com feijão, macaxeira, batata-doce, amendoim e melancia. E no mês de junho há a tradicional festa do feijão que no ano de 2019 foi realizada a sua 4º edição. Sua geografia é de cerca de 8.191.692 km². O município limita-se ao norte com os municípios de Tarauacá e Porto Walter, ao sul e oeste com o Peru, e a leste com o município de Jordão (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

Denomina-se atenção primaria à saúde (APS) uma estratégia de organização da atenção básica que procura responder de forma regionalizada, continua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população (MENDES, 2011).

De acordo com suas diretrizes, o principio e metas da Atenção Primária visam:

- Garantir atenção básica, ambulatorial, generalista, de qualidade e com resolubilidade de 85% das demandas;
- Ser a porta de entrada e de contato inicial entre usuário e o sistema de saúde;

- Cuidar de forma humanizada de cada usuário, mas de forma centrada na família e focada na comunidade.

No âmbito de cada unidade básica de saúde (UBS) ou da equipe de saúde da família (ESF), elas buscam assumir a atenção básica de saúde de um território adscrito delimitado e com uma população definida e devidamente cadastrada e mapeada em suas demandas; garantir continuidade e integralidade da atenção e coordenação com acompanhamento dos cuidados de saúde de seus usuários enquanto estiverem sendo atendidos por outros níveis de cuidados dentro da rede de atenção à saúde. Além disso, também buscam o equilíbrio adequado entre as ações curativas, preventivas e de promoção de saúde; trabalham de forma coordenada em equipe multiprofissional o mais motivado e preparada possível (MENDES, 2011).

Nas situações em que os recursos e a capacidade de assistência de maior complexidade disponível na rede forem insuficientes ou forem detectados gargalos, serão providenciados agendamentos e melhor organização da espera por prioridade e critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência, e imperativo ético garantido o cuidado adequado durante essa espera (MENDES, 2011).

Pelas diretrizes da Atenção Básica (PNAB\SUS), o modelo da Estratégia de Saúde da Família dever ser prioritário na expansão e consolidação da Atenção Primária. As estruturas de UBS, Postos de Saúde ou Centros de Saúde idealmente devem ser a base de equipes organizadas dentro da estrutura da ESF (MENDES, 2011). Cada equipe da Estratégia de Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e diversos agentes comunitários de saúde (ACS). Algumas equipes contam com um cirurgião-dentista ou com um auxiliar ou técnico de saúde bucal e com agentes de controle de endemias.

Com relações as atribuições assistências da Equipe da Estratégia de Saúde da Família estão à busca por atender consultas programadas de usuários que exigem cuidados continuados, como crianças, gestantes, puérperas, adolescentes, idosos, portadores de doenças crônicas, pessoas com risco\vulnerabilidade aumentada ou de programas específicos de saúde; atender a demanda espontânea dos usuários, com solução dos casos agudos associados à abordagem integral (promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação, etc.); coordenar os atendimentos individuais na unidade de saúde com visitas domiciliares e trabalhos em grupos, buscando equilibrar as ações de promoção e proteção da saúde com atividades curativas e de reabilitação; participar com equipe das ações de acompanhamento e cuidados de portadores de doenças crônicas como

diabéticas, hipertensos, fumantes, obesos, cardiopatas, e doentes mentais. E ainda dá ênfase ao treinamento e capacitação desses usuários e seus parentes no autocuidado (MENDES, 2015).

No perfil pediátrico, entre as crianças, os principais grupos de doenças crônicas são asma, desnutrição obesidade, ex-prematuros, e portadores de doenças ou sequelas neurológicas. Nesse sentido buscam-se adaptar a forma de atendimentos aos momentos de surtos, epidemias de dengue, influenza grave, procurando não interromper as demais ações assistências. Procura-se agir preventivamente antes da ocorrência da doença, atuando sobre os fatores de risco, adotando medidas preventivas e priorizando ações educativas e orientações sobre hábitos saudáveis (BRASIL, 2017).

No perfil geral, buscam também identificar hábitos insalubres, como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, uso de drogas, e intervir nesses casos.

Das vantagens da Estratégia da Saúde da Família, destacadas por Mendes e colaboradores (2011), observamos que no nosso município de abrangência necessita dos pontos de atenção a seguir:

- Melhor relação custo-efetividade em assistência de saúde;
- Impacto significativo na redução da mortalidade e no número de internações; melhor vínculo e qualidade da relação do profissional da saúde com o usuário, sua família e a comunidade;
- Redução da sobrecarga da demanda nos hospitais, especialidades, exames complementares;
- Mudança da lógica hospitalocêntrica, intervencionista, de alto custo e centrada na doença e na ação do médico, além de maior envolvimento do paciente como protagonista e corresponsável pela sua saúde e pelos cuidados

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são pontos fixos de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) com infraestrutura para consultas, atendimentos programados ou por demanda espontânea do usuário, vacinações, distribuição de medicamentos básicos, curativos e outros procedimentos de menor complexidade, atividades em grupo de educação e promoção de saúde. Cada unidade básica de saúde é responsável pelas famílias que moram em aérea de abrangência bem definida e de limites precisos (MENDES, 2015).

No município de Marechal Thaumaturgo existe no centro urbano duas Unidades Básicas de Saúde da Família. Além de três ESF, onde uma que encontra na Vila Restauração, uma em Fluvial e a outra em Ribeirinha no qual sou parte integrante da

equipe de Saúde Rosendo Rodrigues. No município além das UBS, só contamos com o hospital da família de responsabilidade do Estado para os casos de Urgência e Emergência de menor complexidade, pois os casos graves são encaminhados ao município de Cruzeiro do Sul para o hospital de referência da região. A UBS Naldir Mariano que é a unidade de referência do município conta com um laboratório de análises clinicas para realização de exames laboratoriais básicos.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), só é possível através de encaminhamento para o município de Cruzeiro do Sul – AC, tendo em vista que no nosso município não dispõe desse tipo de serviço. O município consta com um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para abordar casos relacionados à saúde mental, conversar com gestantes; em grupos e individualmente, sobre gestação, mas também sobre questões gerais relacionadas a sua vida, como a sua sexualidade, descobrir\acionar a rede social significativa de uma pessoa, não necessariamente as redes sociais formais; participação da coordenação do projeto terapêutico de um usuário que foi encaminhado a um especialista de outro serviço de saúde.

1.3 Aspecto da comunidade

A Comunidade Vila Foz do Breu fica localizada a margem do Rio Juruá, possui uma população estimada em 200 pessoas na comunidade, no entanto a população adscrita pela a equipe Rosendo Rodrigues é de aproximadamente 2000 pessoas. À distância até chegar a Unidade Básica de Saúde da qual faço parte leva aproximadamente 8 horas de canoa pequena. Por ser uma comunidade ribeirinha não existem serviços de água potável, nem coleta de lixo, esgoto, sendo a água coletada de poços artesianos ou do próprio rio. O lixo e o esgoto são descartados a céu aberto.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Rosendo Rodrigues

A Unidade Básica de Saúde Rosendo Rodrigues fica a margem do Rio Juruá cerca de 8 horas de viagem indo de embarcação pequena, que ainda abriga a equipe de saúde da UBS. A embarcação conta com uma infraestrutura de acordo com as normas estabelecidas, a equipe de saúde atende as comunidades ribeirinhas que fazem parte da abrangência da UBS a cada 15 dias. Das 11 comunidades atendidas até chegar ao destino final que é a UBS Rosendo Rodrigues, os atendimentos são realizados em escolas cedidas pela prefeitura. Durante este período todos os dias a equipe atende uma comunidade

diferente até chegar a sua parada final que será a Unidade Básica Rosendo Rodrigues, permanecendo ai por 4 dias. A unidade de saúde fica fechada durante o período em que a equipe não está atendendo no local, e levamos os medicamentos toda viagem. Na comunidade tem um funcionário que cuida da UBS. Quando precisamos encaminhar um paciente da ESF da Vila Foz do Breu, o referimos para o Hospital da Família na zona urbana de Marechal Thaumaturgo.

De acordo com dados coletados, em 2018 foram realizadas aproximadamente de 3.312 consultas médicas, 607atendimentos individuais com enfermeiro incluído pré-natal e puericultura e 500 consultas odontológicas.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Rosendo Rodrigues

A ESF é composta por um médico, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Rosendo Rodrigues

A Unidade funciona das 07:00 às 11:00 e de 14:00 às 17:00 horas. O trabalho exercido pela equipe envolve participação e um planejamento mensal por parte do médico, enfermeiro e dentista. Os ACS nem sempre participam das reuniões por residirem nas comunidades onde realizamos os atendimentos, os locais são distantes. E para este planejamento e uma estratégia de trabalho para a equipe, é importante conhecermos nossa área de abrangência, equipamentos e recursos sociais disponíveis, carências, problemas, riscos, necessidades e demandas. Além disto, é importante conhecera realidade das famílias cadastradas de nossa área de abrangência, e as microáreas de cada agente de saúde.

Buscamos avaliar cuidadosamente o painel das características das famílias usuárias (socioeconômica, demográfica, perfil de risco, trabalho e renda, doenças e problemas de saúde mais frequentes, riscos e determinantes sócias, de doença, etc.) para planejar as ações assistenciais (atendimentos, consulta programadas e de casos agudos, visitas domiciliares, grupos operativos). Implementamos ações preventivas e de promoção de saúde, com palestras, orientações sobre o processo saúde-doença procurando utilizar uma linguagem acessível e de fácil compreensão para a população.

Existe o trabalho das Redes de Atenção à Saúde que inclui serviços dos diversos municípios para compartilhar recursos técnicos, logísticos e de gestão. No município

existe um Hospital da Família que funciona como uma espécie de Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde são realizados atendimentos de urgência e emergência e a realização de partos por via vaginal. Quando a equipe de saúde Rosendo Rodrigues necessita encaminhar o paciente por algum motivo, este é encaminhado ao Hospital da Família. É avaliado pela médica plantonista e, se necessário, encaminhado ao município mais próximo para realizar o tratamento fora do domicilio. Um exemplo são os casos com necessidades cirúrgicas de imediato, casos considerados graves que não podem ser solucionados no município por não possui uma estrutura hospitalar adequada e profissionais capacitados. Quando os pacientes são encaminhados para consultas com especialistas e exames de imagem, os próprios pacientes precisam marcar a consulta no município de Cruzeiro do Sul.

1.7 O dia a dia da equipe Rosendo Rodrigues

Durante os 15 dias que permanecemos em área de atendimento em campo flutuante começamos os atendimentos nas comunidades às 7:00 da manhã. Os atendimentos se dão por demanda espontânea pelo fato de que a ESF ser uma equipe ribeirinha e ter uma programação de atendimento já sabido por todos os usuários destas localidades.

As equipes de saúde devem estar abertas para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, e que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono, utilizar uma medicação ou realizar um procedimento que cure uma doença ou diminua uma dor; cuidar de alguém que tenha hipertensão arterial, diabetes considerando seus detalhes e suas singularidades.

Quando estamos em uma determinada área, procuramos ministrar palestra de educação em saúde, realizar visitas domiciliares dos pacientes que necessitam. Os exames laboratoriais devem ser realizados na UBS de referência do município. Nossa equipe realiza ações de testes rápidos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), pré-natal, coleta de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, vacinação, e atendimentos odontológicos nas viagens.

Os atendimentos são realizados por demanda espontânea e por ordem de chegada, mas priorizamos atender em primeiro lugar os idosos, crianças menores de 5 anos, para em seguida atender os demais pacientes.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e comunidade (primeiro passo)

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência ESF Rodrigues, observou que havia um alto número de pessoas com hipertensão. A cada 100 pessoas atendidas 25%sãode pacientes associados à Hipertensão Arterial ou com a pressão arterial mal controlada, devido à má adesão ao tratamento farmacológico e hábitos de vida inadequados. Além disso, foram identificados os seguintes problemas relacionados às doenças que afetam a comunidade:

Quadro 1. Problemas de saúde do território e comunidade

PROBLEMA DE SAÚDE	%
Hipertensão Arterial	25%
Diarreias	20%
Parasitoses	10%
Doenças dermatológicas	5%
Desemprego	5%
Malária	5%
Diabetes	2%
Desnutrição	2%
Falta de saneamento básico, etc.	26%

Fonte: Autoria própria, 2020.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

A equipe resolveu priorizar o problema de adesão dos pacientes ribeirinhos ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), levando a possíveis complicações como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doenças cardiológicas.

Quadro 2. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrito à Equipe de saúde da família da Comunidade Vila Foz do Breu do Município de Marechal Thaumaturgo, Estado do Acre.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Falta de adesão dos pacientes ribeirinhos ao tratamento da hipertensão arterial, levando a possíveis complicações como AVC e doenças cardiológicas.	ALTA	9	PARCIAL	5
Alta prevalência de doenças dermatológicas	ALTA	6	PARCIAL	4
Doenças diarreicas	ALTA	5	PARCIAL	3
Falta de saneamento básico	ALTA	6	PARCIAL	4
Desemprego	ALTA	4	FORA	3

FONTE: Autoria Própria, 2020
*Alta, média ou baixa
**Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados
*** Total, parcial ou fora
****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Estima-se que cerca de 30 a 60% dos pacientes com doenças crônicas não são aderentes ao seu tratamento medicamentoso, levando a um mau controle da doença (BRASIL, 2006).

A não adesão ao tratamento é um problema de saúde pública, o qual resulta em uma sobrecarga ao sistema de saúde e seu controle pode acarretar melhora nos resultados clínicos do paciente, além de redução de custos.

Ao observarmos as condições de morbimortalidade prevalentes na nossa área de abrangência e de acordo com a literatura, foi nítida a percepção do crescimento da incidência das doenças crônicas. Os sujeitos e as comunidades ainda são considerados responsáveis únicos pelas várias mudanças ocorridas no processo saúde-doença ao longo da vida, porém a principal resposta social a tais problemas de saúde deve ser investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual. É preciso identificar, de forma clara, medidas preventivas e de promoção da saúde, bem como melhoria das condições de vida em geral, as quais são fundamentais para a obtenção de avanços nessas áreas.

Este trabalho justifica-se pela preocupação com a assistência a saúde dos indivíduos acometidos por HAS porque nos casos não tratados adequadamente, pode ocorrer frequentes agravos que poderão ser causadores de morte. A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Sendo esses dados da literatura somados aos dados vividos no nosso dia a dia, gera uma motivação maior para a realização deste trabalho junto aos profissionais da ESF e seus usuários. Tornando-se necessário compreender melhor os riscos destes pacientes e realizar um trabalho mais efetivo na promoção e prevenção da saúde da população ribeirinha da área adscrita da ESF Rosendo Rodrigues.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para promover o melhor controle de adesão aos tratamentos das populações ribeirinhas que são acometidas pela Hipertensão Arterial Sistêmica.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Apresentar os nós críticos da demanda espontânea na ESF Vila Foz do Breu- UBS Rosendo Rodrigues;
- ✓ Apontar ações para melhoria no atendimento às comunidades ribeirinhas;
- ✓ Promover a conscientização da população a respeito da doença;
- ✓ Realizar ações educativas para a prevenção da HAS.

4. METODOLOGIA

Para realização deste trabalho foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Faria, Campos e Santos (2010).

A pesquisa teve o formato de estudo observacional com consulta a informantes chaves como os agentes comunitários de saúde, a equipe de profissionais e usuários da unidade. A partir da observação foram definidos os problemas dos nós críticos e das ações. Para a descrição do problema priorizado, a equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Foram selecionados indicadores para analisar a frequência de alguns dos problemas e também quais foram às ações tomadas pela equipe para enfrentaras dificuldades.

A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar as propostas para o enfrentamento do problema levantado para a comunidade Vila Foz Breu. Em seguida foram identificados os principais problemas de saúde da área de abrangência, e priorizando segundo sua importância e a capacidade de enfrentá-los, sendo escolhido os mais relevantes e, logo abordando sobre problemas de saúde da região.

Para a construção dessa intervenção foram realizadas buscas na literatura científica disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde – NESCON, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), SCIELO, Banco de Teses e Dissertações da CAPES, Ministério da Saúde e Google Acadêmico, documentos do local de trabalho.

Para a elaboração do plano operativo, foram realizadas reuniões com toda equipe da ESF Rosendo Rodrigues para planejamento desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados por consenso e divisão de responsabilidades das tarefas da operação, juntamente com o estabelecimento de prazos para a realização de cada produto.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações de Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA, VASCONCELOS, SOUZA, 2017). Para a definição das palavras-chave foi consultado os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, Educação em Saúde.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família nasceu em dezembro de 1993 fundamentado em algumas experiências municipais que já estavam em andamento no País. Surge como uma proposta ousada para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes. Dezessete anos depois, a história nos mostra que a decisão do Ministério da Saúde de investir nesse caminho foi acertada. Inicialmente um programa financiado por transferências conveniadas de recursos, temos hoje uma estratégia de abrangência nacional em todos os Estados da federação e quase 100% dos municípios (BRASIL, 2015).

A Saúde da Família no Brasil tornou-se prioritária na agenda das Políticas Sociais e de Saúde a partir do início deste século com a chegada dos Programas de complementação de renda familiar destinado às famílias sem renda ou com renda insuficiente. Esta iniciativa representou um salto importante na conquista no seu aspecto de abrangência social de sustentação do acesso da população ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). Desta forma nasceu o Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, porém o acesso aos serviços de saúde continuava precário. Cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico no início desse programa. Da mesma maneira, este fato também contribuiu fortemente para a existência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 (BRASIL, 2006).

A Atenção Primaria a Saúde, denominada no passado por Atenção Básica, é reconhecida de maneira especial, pela ESF, para sua consecução necessitam de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas. A definição de território adstrito promove organização coloca-se como ponto central estratégico, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações Inter setoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Esta organização permite a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos de forma individual e coletiva, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM; MONKEN, 2020). O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinal idade do cuidado (BRASIL, 2012).

Observa-se a ação na Atenção Primaria a Saúde, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2012). Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.

A Atenção Primária à Saúde (APS) visa promover o primeiro contato do paciente na obtenção de melhor acesso aos serviços de disponíveis no SUS, sendo considerada porta de entrada para outros níveis caso assim necessitem. É possível observar uma melhor coordenação e integração dos cuidados, além da expansão de abordagens em equipe para atendimento clínico e melhoria da qualidade com adequação dos cuidados com foco na gestão de prevenção de doenças. Grande parte dos profissionais de saúde ainda prioriza os equipamentos, insumos e o conhecimento estruturado das profissões em saúde em detrimento da escuta e do vínculo no cuidado em saúde. O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado do paciente com reflexo de melhoria destas ações nos registros médicos eletrônicos e sistemas de gerenciamento de informações (UFSC, 2013).

Um conjunto definido de serviços para a população adstrita tem uma abordagem baseada na população para planejar e prestar assistência, participação da comunidade nas tomadas de decisões, fortalecendo a capacidade de melhoria da qualidade do atendimento, buscando resposta às necessidades dos pacientes e das comunidades, obtendo maior equidade em saúde e responsabilidade, eficiência e responsabilidade do sistema de saúde (UFSC, 2013).

5.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primaria a Saúde (APS) tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos, embora seja uma abordagem tecnológica especifica de organizar a prática e como tal, dotada de particular complexidade (SHRAIBER; NEMES, 2000).

A atenção primaria é o primeiro degrau de atenção em saúde, dessa forma ela vem se caracterizando por meio de ações tanto individual como coletiva. E estruturou um

sistema de saúde composto por alguns componentes: foco na doença, o sujeito é individual, estrutura-se pela livre demanda sem território definido para atenção primaria, presta atenção ocasional e passiva, enfatiza relativamente o cuidado curativo e reabilitador, apresenta baixos custos diretos e indiretos sejam eles econômicos ou sociais, visa que o cuidado da saúde seja clínicos e humanísticos (MENDES, 2011).

Este sistema visa valorizar a organização da atenção primária. De acordo com a declaração de Alma - Ata (1978) corresponde aos cuidados essências de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis. Para atender as diferentes necessidades de saúde e socioeconômicos da população desde a Constituição de 1988, com abrangências sociais e universais do SUS, foi preciso reconhecer a necessidade de uma força tarefa em saúde que fosse flexível e bem treinada em todas as áreas da medicina (GIOVANELLA, 2018).

Entre as pautas prioritárias apresentadas pela Fiocruz e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), destacam-se: a reafirmação dos princípios da Declaração de Alma-Ata, a defesa do direito universal à saúde, o fortalecimento dos sistemas públicos universais de saúde, a responsabilidade primordial dos governos na garantia do direito à saúde, justiça social, equidade, a não comercialização da saúde, o financiamento adequado e sustentável, a determinação econômica, social e ambiental da saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

A responsabilidade pela coordenação da maior parte dos cuidados de saúde tem sido atribuída aos serviços de atenção primária (GIOVANELLA, 2018).As integrações de cuidados na APS podem ser representadas como cuidados preventivos e primários que complementam um sistema de cuidados de saúde no seu aspecto de abordagem inicial. Este momento inicial é fundamentado na escuta do usuário para estreitar a relação de forma humanitária entre os profissionais de saúde e o mesmo (ALBUQUERQUE *et. al.*, 2014).

A coordenação do cuidado e APS nas redes e regiões proporcionam seguimento adequado, promove melhorias na qualidade da prestação de serviços em saúde, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção reintegrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde.

Para Starfild (2002), todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais e igualmente importantes. A primeira visa otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, busca

minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFILD, 2002).

A APS é considerada aquele nível de um sistema ou serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas. Ela fornece atenção à saúde respondendo de forma regionalizada continuada, sistematizando à maior parte das necessidades de saúde de uma população. Fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFILD, 2002).

5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)e tem se consolidado nas últimas décadas como um dos mais preocupantes problemas de saúde no Brasil e em todo mundo. Dentre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a HAS é a causa mais prevalente, apresentando no Brasil, taxas de 21,4% entre as pessoas acima de 18 anos, segundo dados da pesquisa nacional de saúde realizada recentemente, o que representa cerca de 31 milhões de portadores (MALTA *et. al.*, 2015).

Na estratégia familiar é primordial identificar os possíveis fatores implicados no desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica, para que haja implementação de estratégias de controle efetivas, em combinação com a educação da comunidade e monitoramento dos indivíduos que se encontram sob risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O tratamento é frequentemente negligenciado, devido esta doença ser na maior parte do seu curso assintomática e a pequena adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito pelo médico (BRITO; PANTAROTTO; COSTA, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde “no Brasil em 2017, a prevalência de diagnóstico médico para essa doença foi de 24,7%, sendo maior em mulheres (27,0%) do que entre homens (22,1%), com aumento da prevalência conforme a idade, para ambos os sexos biológicos” (BRASIL, 2019, p.89).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde:

> Alguns fatores de risco devem ser investigados e avaliados minuciosamente a fim de promover a atenção integral à pessoa com hipertensão arterial”, a partir dos “tais como: história familiar, etnia, estresse, obesidade, dieta rica em sal e

> gordura, uso de contraceptivos orais, uso de tabaco e vidas sedentárias participam do desencadeamento da Hipertensão Arterial Sistêmica(BRASIL, 2017, p. 36).

Os profissionais de saúde da rede básica têm dado importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer seja na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (BRASIL, 2009).

O profissional médico precisa ter habilidade de compreender que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento talvez seja uma de suas maiores batalhas no campo da pratica da medicina. Os profissionais enfrentam árduas tarefas sem relação ao paciente hipertenso desobediente do tratamento. Para o Ministério da Saúde (2016), o cuidado realizado pela equipe deve enfocar, sobretudo, a mudança nos hábitos de vida do indivíduo, identificando as necessidades e pactuando ações no processo de coparticipação no cuidado (BRASIL, 2017).

Existem complicadores importantes relacionados a um grande contingente de pacientes hipertensos que também apresentam outras comodidades como, por exemplo, diabetes, dislipidemia e obesidade. Este fato traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006).

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Nas ações de prevenção e controles realizadas, a verificação da pressão arterial é recomendada as seguintes medidas: verificar a calibragem dos manômetros, empregar a técnica adequada e destinar tempo suficiente para o esclarecimento às pessoas sobre os significados dos valores da pressão arterial (BRASIL, 2017).

> A participação do médico e da equipe multiprofissional composta por enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde é muito importante para todo desempenho de uma unidade de saúde. As principais ações da equipe multiprofissional destacam-se por promoção a saúde tais como: ações educativas com ênfase em mudanças de estilo de vida, correção dos fatores de riscos e divulgação de material educativo, contemplando o treinamento de profissionais, encaminhamento a outros profissionais, quando indicado, ações assistenciais individuais e em grupo, gerenciamento de programas, etc (BRASIL, 1997, p 21).

As principais estratégias para o tratamento não-farmacológico da HAS incluem o controle de peso, pois o excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão, o

qual se estima que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. O tratamento não farmacológico inclui redução do peso, restrição do sódio, álcool e cafeína, dieta de baixa caloria, exercícios, interrupção do tabagismo, associados à mudança dos hábitos de vida (BRASIL, 2015)

5.4 Tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica (HAS)

Para o tratamento da hipertensão arterial os fármacos mais utilizados por nossa equipe são: Hidroclorotiazida, Atenol, Captopril, Furosemida, Nifedipino, Indapamida. Todos esses são usados para os pacientes hipertensos. Logo são escolhidos por classes disponíveis para o uso clinico. Como:

- Diuréticos
- Betabloqueadores
- Bloqueadores dos canais de cálcio

5.5 Medidas de controle Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

- **DIETA**

Em linhas gerais, as recomendações dietéticas para hipertensos incluem manter o peso corporal adequado. Isso inclui: reduzir a quantidade de sal no preparo de alimentos; restringir as fontes industrializadas de sal e tempero prontos bem como produtos prontos para uso e embutidos e “salgadinhos” de pacotes, *fast-food*. É recomendável limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas e dar preferência a alimentos e temperos mais naturais possível como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha. É importante também substituir bolos, biscoitos doces, sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natura. Fazer um plano alimentar diário saudável e equilibrado, reduzindo o teor de gorduras. Manter a ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verdes escuras, e produtos lácteos, de preferência desnatados (BRASIL, 2015).

Nesse sentido é importante identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados, estabelecer plano alimentar capaz de atender as exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família (BRASIL, 2015).

Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos é fundamental para mudar o estilo de vida e conseguir manter o equilíbrio da pressão arterial controlada. É muito importante estabelecer plano alimentar capaz de atender as exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, que consiga

respeitar as preferências pessoais e o poder aquisitivo de cada indivíduo e suas famílias (BRASIL, 2015).

- **REDUÇÃO DO CONSUMO DE ALCOOL**

Souza (2014) tem demonstrado a relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial, bem como a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas.

- **REDUÇÃO DO TABAGISMO**

Já no tabagismo, o risco associado é proporcional ao número de cigarros fumados e a profundidade da inalação, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias e a progressão da insuficiência renal em hipertensos (BRASIL, 2015).

A cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% e parece ser a medida isolada de maior impacto para redução do risco cardiovascular no indivíduo hipertenso (KAPLAN; VICTOR, 2010).

O tratamento para cessação do tabagismo são a abordagem cognitivo-comportamental e o apoio farmacológico, sendo o primeiro o principal alicerce do acompanhamento e o segundo, um auxiliar (BRASIL, 2015).

O tratamento medicamentoso do tabagismo visa, basicamente, ao controle dos sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina, portanto voltado apenas ao que se refere à dependência física (FIORE, 2000; SULS *et. al*., 2012).

A intervenção farmacológica deve ser feita de forma individualizada. A decisão terapêutica e o início da intervenção farmacológica dependerão de uma avaliação clínica do fumante, onde deve ser analisado o perfil e as preferências do fumante, bem como suas condições clínicas e seu histórico de saúde (BRASIL, 2015).

Mano e Pierin (2005) evidenciam em seu estudo, a necessidade de se promover ações que favoreçam uma melhor adesão dos hipertensos atendidos ao tratamento, o que possibilita o controle e prevenção de complicações que comprometem sua saúde (MANO; PIERIN, 2005).

A implantação de programas multidisciplinares no âmbito do PSF, envolvendo o acompanhamento do estado de saúde individual e coletivo, além do estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, mostrou-se eficaz para a redução dos riscos à saúde na população em questão (AMER; MARCON; SANTANA, 2011)

Sendo assim, o tema adesão ao tratamento, deveria ser adicionada à abordagem multidisciplinar, que também auxilia no aumento do controle da HAS (NOBRE *et. al.*, 2010).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado "a má adesão" dos pacientes ribeirinhos ao tratamento da hipertensão arterial, levando a possíveis complicações como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doenças cardiovasculares, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPO; FARIA; SANTOS, 2017).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Depois de discutidos os maiores problemas de saúde da área de abrangência, em comum acordo, a ESF elegeu como prioridade número 1 a má adesão dos pacientes ribeirinhos ao tratamento da hipertensão arterial, levando a possíveis complicações como AVC e doenças cardiovasculares.

Quadro 3. Descrição do problema "a má adesão" dos pacientes ribeirinhos ao tratamento da hipertensão arterial, levando a possíveis complicações como AVC e doenças cardiovasculares, Vila Foz do Breu-município de Marechal Thaumaturgo do estado do Acre.

Descrição	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	350	Estudos epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	270	Registro da equipe
Hipertensos confirmados	295	Registro da equipe
Hipertensos controlados	160	Registro da equipe
Portadores de dislipidemia	30	Registro da equipe
Tabagistas	100	Registro da equipe

Sedentário	255	Registro da equipe
Complicações por problemas cardiovasculares e cerebrovasculares	18	Registro da equipe

Fonte: Autoria própria, 2020

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A equipe selecionou como prioridade para a intervenção de um plano de ação a má adesão dos pacientes ribeirinhos ao tratamento da hipertensão arterial porque pode levar a AVC e possíveis complicações cardiovasculares. Observa-se que os pacientes hipertensos que não aderem ao tratamento relatam que só tomam a medicação quando se sente "mal", pois acham desnecessário. A equipe da ESF de Rosendo Rodrigues desenvolveu medidas educativas simples que visam promover educação em saúde, e conscientizar os pacientes a mudanças nos hábitos e estilo de vida por meio da prática de exercícios físicos e dietas alimentares. Essa medida se faz importante porque para a realidade desta população, a falta de escolaridade também é um fator socioeconômico que leva estes pacientes a não aderirem ao tratamento. São na maioria das vezes sedentários e não realizam nenhuma atividade física. Entendemos que o sucesso dos tratamentos medicamentosos associados à atividade física e alimentação saudável e de forma adequada é importante não apenas para atender a ordem médica, mas para a própria qualidade de vida de cada indivíduo.

6.3 Seleção dos "nós críticos" (quinto passo):

A proposta de identificar os nós críticos e seus desdobramentos traz consigo alterações significativas, entre outras, a do processo de trabalho. É nesse cenário modificado que o processo de trabalho centrado no interesse do usuário é o fator norteador das práticas assistenciais, pois o modelo curativista e biomédicos tradicionais utilizados na maior parte do país focado em fluxo unidirecional, é rompido, dando lugar às várias possibilidades de intervenções multiprofissionais, adequando a realidade das comunidades ribeirinhas aumentando o acesso destes usuários a outros saberes primordiais da área da saúde. Isso poderá simultaneamente, desencadear a valorização da equipe.

Deste modo é necessário organizar e planejar as ações do ESF, a fim de estabelecer um atendimento com programação de atendimento de qualidade para os

usuários, voltados para o preenchimento dos requisitos dos fundamentos da Atenção Primaria e do SUS.

Primeiro momento foi definir os problemas da comunidade, a definição aconteceu por meio de diagnósticos e com base nos dados colhidos, O acesso a estes locais é somente por via fluvial, e os atendimentos são realizados a cada 15 dias. Diante da situação foi priorizado a Hipertensão Arterial (HTA) como problema a ser enfrentado por meio do plano de ação. Logo foi feito uma lista de causas e relação entre elas. Assim seleciona-os os (nós críticos) que são as principais causas da HTA descontrolada. Como: falta de informação sobre os riscos, hábitos de estilo de vida, má adesão ao tratamento, estrutura do serviço de saúde.

Sendo assim, identificamos os nós críticos com os seguintes pontos:

- Hábitos e estilo de vidas inadequadas: por se tratar de uma comunidade que não há energia elétrica a base da alimentação destas pessoas são os produtos industrializados com alto teor de sódio, e ingiram mais de 2 gramas de sódio por dia.
- Desinformação: a maioria dos pacientes não possui escolaridade então dificulta o acesso a informações.
- Má adesão ao tratamento HTA: como já foi relatado alguns ribeirinhos hipertensos não tomam a medicação da maneira adequada.
- Estrutura do serviço de saúde: diz respeito às dificuldades e desafios enfrentados pela equipe devido ao difícil acesso a estas comunidades e o não acompanhamento mais rígidos destes pacientes. Eles só comparecem as consultas quando estão doentes.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Para o desenho das operações foi elaborado o diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação que segue abaixo de acordo com cada nó crítico encontrado:

Quadro 4 - Desenho das operações (6° passo) e viabilidade e gestão (7° a 10° passo) sobre o "nó crítico 1 hábitos e estilo de vida inadequados relacionado ao problema HTA descontrolada de pacientes ribeirinhos", na população sob responsabilidade

da Equipe de Saúde da Família ESF Rosendo Rodrigues, no município de Marechal Thaumaturgo, do estado do Acre.

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida inadequada
6º passo: operação (operações)	Mais saúde e mudar o estilo de hábito de vida.
6º passo: projeto	Viver Saúde
6º passo: resultados esperados	Diminuir 50%os hipertensos sedentários
6º passo: produtos esperados	Programa de caminhada orientada, junto com profissional de educação física.
6º passo: recursos necessários	Estrutural: Profissional para acompanhar o grupo. Cognitivo: panfletagem com orientações. Financeiro: impressão de folders Político: Mobilização na comunidade.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Estrutura: Fixar cartazes distribuir folders na recepção da unidade. Organizar palestras para as famílias com Hipertensão Arterial. Cognitiva: Reunir as famílias para informar a respeito do projeto.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria Municipal de Saúde Médicos, enfermeiro, nutricionista, educador físico. Com orientação por meio e folders, cartazes, panfletos e cartilhas; elaboração de um plano de alimentação individual ou coletivo, sobre os princípios de uma alimentação saudável; elaborar planos de atividades físicas para os hipertensos.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Início em Julho de 2019, tornado um processo continuo. Médico, enfermeiro, nutricionista
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação após 6 meses do início projeto

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 5 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o "nó crítico 2" relacionado ao problema "hábitos desinformação sobre os ricos relacionado ao problema HTA descontrolada de pacientes ribeirinhos, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosendo Rodrigues, no município de Marechal Thaumaturgo, do estado do Acre.

Nó crítico 2	Desinformação

6º passo: operação (operações)	Mais informação sobre as possíveis complicações da hipertensão arterial
6º passo: projeto	Conhecendo a Hipertensão Arterial
6º passo: resultados esperados	Comunidade Ribeirinha atendidas pelo grupo ESF Rosendo Rodrigues bem informados sobre hipertensão e suas complicações.
6º passo: produtos esperados	Na unidade UBS folders informativos, palestras, e no consultório cartilhas.
6º passo: recursos necessários	Estrutural: Cartazes, cartilhas e folders para a comunidade. Cognitivo: Educação continuidade para os profissionais da equipe Financeiro: Confecções de materiais, cartilhas e folders. Político: Apresentar a comunidade a respeito do projeto
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Estrutura: Cartazes, cartilhas na Unidade. Cognitiva: reunião da equipe ESF Rosendo Rodrigues para articulação das informações. Político: Adesão ao gestor local. Financeiro: Material Cartilha, panfletos.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médico, enfermeiro, nutricionista, ACS. Identificação precoce de pacientes sem diagnóstico confirmado de HTA para início de tratamento imediato para prevenir os agravos relacionados a doença. Conscientizar sobre a importância do conhecimento sobre a doença e do autocuidado para prevenção de seus agravos.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Início em 10 de Agosto 2019 com frequência todo sábado. Médico, enfermeiro.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reavaliação após 6 meses do início projeto.

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º sobre o "nó crítico 3" relacionado ao problema "má adesão ao tratamento da HTA descontrolada de pacientes ribeirinhos sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosendo Rodrigues, no município de Marechal Thaumaturgo, do estado do Acre.

Nó crítico 3	Má adesão ao tratamento HTA

6º passo: operação (operações)	Aderência ao tratamento prescrito pelo médico e pela equipe multidisciplinar
6º passo: projeto	Conscientização da importância de aderir ao tratamento
6º passo: resultados esperados	Garantir ao paciente melhor resultado no tratamento.
6º passo: produtos esperados	Capacitação dos profissionais: melhorar a gestão de compra e dispensação de medicamentos
6º passo: recursos necessários	Financeiro: Matérias, folders. Político: Conseguir parceria para levar materiais adequados a comunidade, articulação intersetorial.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Estrutural: Gestão de informações a respeito do agravo da doença. Financeiro: Parceria com a Unidade Gestora da Unidade Cognição: Palestra como forma de previr as doenças relacionas a HTA descontrolada, e a tomada de medicação nos horários estipulados e a realização de atividades físicas por 30 minutos diários.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe ESF Rosendo Rodrigues e Secretaria de Saúde Municipal
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Estabelecer, com a equipe, estratégias para o fortalecimento da adesão ao tratamento. A partir de setembro de 2019
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Médico e ACS, enfermeiro, Secretário de saúde Avaliação após 6 meses do início projeto.

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o "nó crítico 4" relacionado ao problema "estrutura de serviço de saúde para melhorar assistência e atenção à saúde de qualidade de pacientes ribeirinhos" sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosendo Rodrigues, no município de Marechal Thaumaturgo, do estado do Acre.

Nó crítico 4	Estrutura do serviço de saúde.

6º passo: operação (operações)	Melhorar assistência e atenção à saúde de qualidade.
6º passo: projeto	Desenvolvendo qualidade no atendimento à saúde da população
6º passo: resultados esperados	Garantir acesso de remédios para todos os hipertensos
6º passo: produtos esperados	Capacitação continuada dos profissionais.
6º passo: recursos necessários	Político: Aumentar os recursos para estruturar o atendimento por meio de um controle de fichas. Cognição: Implementar palestras mensalmente, chamando a comunidade para participar de acordo com a estratificação por grupo de risco.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Estrutural: Produzir cartazes com campanhas a respeito do melhor acesso aos medicamentos. Financeiros: Articular com o prefeito do município a respeito de construir mais unidades de atendimento.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Medico, enfermeiro e Secretaria Municipal de Saúde. Capacitar os ribeirinhos por meio de processo informativo a respeito do melhor controle do indivíduo para sua com enfermidade.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Outubro a dezembro de 2019 Secretaria municipal de Saúde Prefeitura Municipal
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação após 6 meses do início projeto.

Fonte: Autoria própria, 2019.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A importância de promover programas educacionais para melhorar a conscientização da população foi o que nos impulsionou a desenvolver esse trabalho. Traçamos metas por meio de planejamentos das ações relacionadas ao atendimento desses pacientes para que eles venham a ter consciência de que a melhor forma de prevenir as complicações relacionadas à HAS descontrolada é aderir aos tratamentos prescritos pelo médico.

Dentro desse cuidado deve-se ter cuidadosa observância da tomada da medicação nos horários estipulados e a realização de atividades físicas por pelo menos trinta minutos diários, a diminuição da ingestão de sal e alimentos condimentados, etc. No decurso de observações das comunidades ribeirinhas pela equipe da ESF Rosendo Rodrigues da Vila do Foz do Abreu, chegou-se à conclusão de que a única forma de conscientização dos hipertensos e seus familiares é a promoção de educação em saúde, desmitificando os mitos e tabus da medicação anti-hipertensivas e demonstrando a esta população a importância do autocuidado.

Enfim, cada profissional da equipe tem um papel fundamental no controle do tratamento dos hipertensos ribeirinhos da Comunidade Vila Foz do Breu-ESF Rosendo Rodrigues, promovendo visitas domiciliares, consultas, atividades em saúde, rodas de conversas e encaminhamentos quando necessário. Desta forma, o plano de intervenção visa reduzir as complicações impostas em decorrência do mau controle da hipertensão arterial e consequentemente melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso De *et al.* **Acessibilidade aos serviços de saúde**: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. Saúde em Debate, v. 38, n. especial, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600182&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 6 ago. 2020.

AMER, Nádia Mohamed; MARCON, Sonia Silva; SANTANA, Rosangela Getirana. **Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 96, n. 1, p. 47–53, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000100009&lang=en>. Acesso em: 6 ago. 2020.

BARBOSA, Adalva. **A História do Acre e suas origens**. 5º série. Brasília, 1991. Disponível em: <https://eduardoeginacarli.blogspot.com/2007/12/histria-do-acre-resumo-de-livro.html>. Acesso em 28 ago. 2020.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e d· outras providências**. Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da saúde, 2006. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 3. ed. rev. e atual.Rio de Janeiro: ANS, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf> Acesso em: 6 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.

BRITO, Evandro Scarso; PANTAROTTO, Regina Fátima; COSTA Luiz Roberto Lourena Gomes da. **Hypertension as a risk factor for stroke**. J Health Sci Inst, v. 29, n. 4, p. 265–273, 2011. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/04_out-dez/V29_n4_2011_p265-268.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.

CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P.; SANTOS, A. M. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg..br/biblioteca/imagem/3872.pdf. Acesso em: 6 ago. 2020.

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara. SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca. Acesso em: 25 mai. 2020

KAPLAN, N.M.; VICTOR, R.G. **Hipertensão clínica de Kaplan**. 10.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

FIORE MC. Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline. **Respiratorycare**, v. 45, n. 10, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11203101/>. Acesso em: 6 ago. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. Saúde Debate 2018. V.42. n. Especial 1,p. 434-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0434.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública,** v. 34, n. 8, 20 ago. 2018. Disponível em: < http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>.Acesso em: 13 jun. 2020.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>. Acesso em: jan. 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Marechal Thaumaturgo (AC) | Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ac/marechal-thaumaturgo.html>. Acesso em: 20 de mai. de 2019

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 2, p. 3–16, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000600003&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 7 ago. 2020.

MANO, Gisele Machado Peixoto; PIERIN, Angela Maria Geraldo. **Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 269–275, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 7 ago. 2020.

MARECHAL THAUMATURGO. **Prefeitura Municipal de Marechal Thaumaturgo.** Disponível em: https://www.marechalthaumaturgo.ac.gov.br/. Acesso em: 23 de Fev de 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2020.

NOTÍCIAS DO ACRE. **Foz do Breu: onde o Brasil começa e termina**, 2014. Disponível em:<https://agencia.ac.gov.br/foz-breu-onde-o-brasil-comeca-e-termina/>. Acesso em: 17 jul. 2020.

Nobre et al., 2010. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 107, n. 103, Supl. 3, p.1-103 Setembro, 2016. Disponível em:<

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf >. Acesso em: 7 ago. 2020.

SOUZA, Dilma do Socorro Moraes de Souza**, Álcool e hipertensão. Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. Rev.Bras.Hipertens**. Vol. 21, n. 2, p. 83-86, 2014. Disponível em: < http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881413/rbh-v21n2_83-86.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002

SULS, Jerry M. *et al.* Efficacy of Smoking-Cessation Interventions for Young Adults. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 42, n. 6, p. 655–662, jun. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653592/>. Acesso em: 7 ago. 2020.

UFSC. UNIVERSIDADE FERERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. S**aúde e sociedade. Eixo I - Eixo I -Reconhecimento da Realidade Reconhecimento da Realidade Saúde e Sociedade.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Sa%C3%BAde-e-Sociedade-compressed.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.