

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Larissa Dimas Barbosa Arthuzo**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO  
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ FERREIRA MAIA EM SANTA BÁRBARA DO LESTE  
MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte**

**2020**

**Larissa Dimas Barbosa Arthuzo**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO  
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ FERREIRA MAIA EM SANTA BÁRBARA DO LESTE  
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

**Belo Horizonte**

**2020**

**Larissa Dimas Barbosa Arthuzo**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO  
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ FERREIRA MAIA EM SANTA BÁRBARA DO LESTE  
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

Banca examinadora:

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa – UFMG

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de novembro de 2020.

## **DEDICO**

Esta obra à minha família, em especial ao meu esposo, Felipe, pelo imensurável amor e companheirismo em todas as fases de nossas vidas.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, fonte de luz, verdade e vida.

Aos meus pais, por serem os alicerces da minha vida, configurando-se, antes de tudo, conselheiros e amigos de todas as horas;

Ao meu esposo Felipe, pela constante presença, carinho, amor, incentivo, compreensão e apoio incondicional em todos os momentos;

A toda minha família e, aos amigos, pelo apoio e torcida durante essa árdua jornada. Eu os amo muito.

Agradeço, ainda e de forma muito especial, a todos os meus professores do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, pela gentileza, acuidade e dedicação constantes o presente trabalho.

*“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine. E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria”.*

1 Coríntios 13:1,2

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é o principal fator de risco para a mortalidade e a terceira maior causa de anos de vida ajustados por incapacidade no mundo. Mesmo diante dos avanços científicos e tecnológicos, seu controle adequado entre as pessoas tratadas continua sendo um importante desafio para a saúde pública. Na comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde Vida, da Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia”, município de Santa Bárbara do Leste, estado de Minas Gerais, nota-se que a hipertensão é o problema identificado como prioridade, já que seus usuários mantêm descontrole pressórico apesar da hiper medicalização praticada no local. Assim, o objetivo deste estudo foi elaborar um projeto de intervenção para prevenir e controlar a hipertensão arterial sistêmica dos pacientes adscritos à equipe de Saúde Verde Vida da referida Unidade, por meio do estímulo à adesão ao tratamento. A construção deste projeto foi pautada no Planejamento Estratégico Situacional, com a participação da equipe de saúde da família. Para compor a revisão da literatura, utilizaram-se os bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* e Pubmed, buscando-se artigos que contribuíssem para a elaboração do plano de ação. Constatou-se que a Equipe de Saúde Verde Vida pode realizar com sucesso as atividades propostas neste projeto: Educar é preciso: tudo sobre o a prevenção e controle da pressão arterial; A importância adesão ao uso regular de medicamentos e outros tratamentos não medicamentosos; Importância do uso correto dos medicamentos. Espera-se, desse modo, aumentar o conhecimento da população sobre a doença e, conseqüentemente, a adesão à terapia medicamentosa e a outros tratamentos não medicamentosos, contribuindo para o controle e uso correto dos fármacos resultando, assim, numa melhor qualidade de vida para essa população.

**Palavras-Chaves:** Hipertensão. Adesão ao Tratamento. Controle. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is the main risk factor for mortality and the third leading cause of disability-adjusted life years in the world. Even in the face of scientific and technological advances, its adequate control among the people treated remains an important challenge for public health. In the community assigned to the Health Green Life team, from the Basic Health Unit "Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia", municipality of Santa Bárbara do Leste, state of Minas Gerais, it is noted that hypertension is the problem identified as a priority, since its users maintain uncontrolled pressure despite the hypermedicalization practiced at the site. Thus, the objective of this study was to elaborate an intervention project to prevent and control systemic arterial hypertension in patients enrolled in the Health Green Life team of that Unit, by encouraging greater adherence to treatment. The construction of this project was guided by the Situational Strategic Planning with the participation of the family health team. To compose the literature review, the databases of the Virtual Health Library were used in the databases of the Scientific Electronic Library Online and Pubmed looking for articles that contributed to the elaboration of the action plan. It was found that the Verde Vida Health Team can successfully carry out the activities proposed in this project: Educating is necessary: everything about the prevention and control of blood pressure; The importance of adhering to the regular use of medications and other non-medicated treatments; Importance of the correct use of medicines. In this way, it is expected to increase the population's knowledge about the disease and, consequently, adherence to drug therapy and other non-medication treatments, contributing to the control and correct use of drugs, thus resulting in a better quality of life for this patient.

**Keywords:** Hypertension. Adherence to Treatment. Control. Primary Health Care. Health Education.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia”, município de Santa Bárbara do Leste, estado de Minas Gerais.....	17
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Dificuldade no controle da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia, município de Santa Bárbara o Leste, Estado de Minas Gerais.....	31
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia, município de Santa Bárbara o Leste, Estado de Minas Gerais.....	32
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falha na educação em saúde para o uso correto dos fármacos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia, município de Santa Bárbara o Leste, Estado de Minas Gerais.....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 Aspectos gerais do município.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde.....	12
1.3 Aspectos da comunidade.....	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia.....	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Verde Vida da Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia”.....	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Verde Vida.....	15
1.7 O dia a dia da equipe de Saúde da Família Verde Vida.....	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	17
1.9 Priorização dos problemas - a seleção do problema para o plano intervenção (segundo passo).....	17
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	19
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	20
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	21
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	22
5.1 Atenção Primária à Saúde (APS).....	22
5.2 A Hipertensão Arterial Sistêmica.....	23
5.3 Fatores que dificultam o controle e a adesão ao tratamento medicamentoso.....	26
5.4 Ações que contribuem para o controle da pressão arterial e à adesão ao tratamento medicamentoso.....	27
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	29
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	30
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico.....	30
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	34
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	35

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

O município de Santa Bárbara do Leste está localizado na região leste de Minas Gerais. Sua história teve início em 1890, quando os fazendeiros da região construíram uma capela dedicada à Santa Bárbara. Nesta época, Santa Bárbara do Leste pertencia ao arraial de São Sebastião do Sacramento, município de Manhuaçu, sendo emancipada somente no ano de 1992 (IBGE, 2019).

O município fica 330 km distante da capital do Estado, tendo como municípios limítrofes as cidades de Caratinga, Santa Rita de Minas, Simonésia, Raul Soares, e Vermelho Novo. Possui uma população estimada, para 2020, em 8181 habitantes, sendo que, a sua grande maioria encontra-se na zona rural e utiliza-se da agricultura como fonte de renda. O salário médio mensal dos trabalhadores formais foi, em 2018, em média e 1,6 salários mínimos (IBGE, 2019).

O que chama a atenção na cidade é o perfil de distribuição anual de trabalho dos residentes, ou seja, durante o período de colheita da safra de café (abril a julho, aproximadamente), grande parte da população está envolvida com essa atividade e, quando esse período se encerra, a maior parte desses indivíduos suspende suas atividades laborativas, usando somente da renda obtida durante a safra para sua subsistência até a safra do próximo ano. Tal fato acaba por afetar vários aspectos do município, podendo-se destacar a economia, saúde e lazer.

Embora seja uma cidade relativamente pequena e bastante hospitaleira, observa-se um forte conflito político e, além disso, apresenta um crescente índice de violência, principalmente em relação ao tráfico de drogas.

A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é alta (96,5 %). No entanto, nos finais do ensino fundamental, na rede pública, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é de 5,2%. Já a taxa de mortalidade infantil é de 12.99 para 1.000 nascidos vivos em média e, as internações devido às diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2019).

Em Santa Barbara do Leste, o esgotamento sanitário adequado é deficiente, pois está disponível em apenas 37% de domicílios. No entanto, é bastante arborizada e

possui vias públicas com urbanização adequada contendo bueiros, calçadas, pavimentações e meio-fio (IBGE, 2019).

## 1.2 O sistema municipal de saúde

A rede de serviços de saúde do município de Santa Barbara do Leste está organizada através do Sistema de Rede de Atenção à Saúde, uma vez que é composto por uma poligarquia, em que a coordenação é feita pela Atenção Primária à Saúde, com ações voltadas às condições agudas e crônicas apresentadas pelos pacientes. Esse sistema atua de maneira proativa e contínua, baseada no plano de cuidado individualizado, realizado de maneira conjunta pelos profissionais de saúde e pelos usuários contendo:

- a. Atenção Primária:** composta por quatro equipes de Saúde da Família, sendo uma exclusivamente para zona urbana, duas mistas (zonas rural e urbana) e uma exclusivamente rural. No entanto, devido à dificuldade de contratação de médicos para comporem essas equipes, a equipe pertencente ao “Programa Mais Médicos”, que seria responsável exclusivamente pela zona urbana, conforme programação do município, acaba por ser sobrecarregada, absorvendo as demandas de todas as equipes existentes na cidade. Isso prejudica a qualidade da atenção prestada aos usuários, uma vez que a demanda excede a capacidade de apenas um médico;
- b. Pontos de Atenção à Saúde Secundários:** Unidade de Pronto Atendimento da cidade de Caratinga; centros de referenciamento para atendimento especializado (cardiologia, endocrinologia, etc.); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- c. Pontos de Atenção à Saúde Terciários:** Hospitais pertencentes à macrorregião de Coronel Fabriciano e, quando necessário, hospitais de outras macrorregiões.
- d. Sistemas de Apoio:** Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Informação em Saúde: por meio do sistema de referenciamento, os pacientes têm acesso a sistemas de apoio propedêutico e terapêutico. Além disso, também tem acesso a assistência farmacêutica das farmácias populares e da farmácia municipal, para distribuição de medicamentos. A informação/educação em saúde é realizada periodicamente pelos profissionais de saúde do município, com participação ativa dos usuários.

- e. **Sistemas Logísticos:** Transporte em Saúde, Acesso Regulado à Atenção, Prontuário Clínico, Cartão de Identificação dos Usuários do SUS. O município conta com automóveis para transporte dos pacientes quando referenciados e também daqueles com maior dificuldade de mobilidade, para possibilitar seu acesso aos serviços de saúde. O prontuário eletrônico ainda não foi instituído no município. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) mantêm o máximo possível, os pacientes com seus Cartões de Identificação do SUS atualizados e os atendimentos nas unidades de saúde são realizados mediante apresentação deste cartão.
- f. **Vigilância da Saúde:** o município dispõe do Departamento de Vigilância Sanitária, que conta com o auxílio de uma farmacêutica e fiscais sanitários, entre outros.
- g. **Relação dos Pontos de Atenção:** domicílios (equipe da ESF), unidades básicas de saúde.
- h. **Consórcio e Saúde:** o município participa do Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Econômico e Social do Leste de Minas (CIDES-LESTE).
- i. **Modelo de Atenção:** atenção básica em saúde. A referência tem sido bastante facilitada pelo governo local, que se propõe a solucionar com rapidez a necessidade dos usuários. No entanto, a contrarreferência intra e intermunicipal ainda é bastante deficitária.

### 1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família é, principalmente, proveniente da zona urbana, sendo realizados também atendimentos aos pacientes das zonas rurais, quando em falta de outros profissionais destinados às suas áreas. A faixa etária que concentra o maior número de indivíduos é de 5-49 anos.

Na área urbana há um aceitável saneamento básico, o que não se aplica totalmente às áreas pertencentes à zona rural, inclusive, observando-se alta incidência e prevalência de doenças infecciosas, como por exemplo, esquistossomose. O abastecimento de água no município é proveniente da rede geral e 69,0% de poços ou nascentes (na propriedade). A instalação sanitária é variada apresentando a seguinte prevalência: rio, lago: 54,9%; Rede geral de esgoto ou pluvial: 21,9%;

Fossa rudimentar: 15,4%; Vala: 5,2%; Fossa séptica: 0,3%; Não tem instalação sanitária: 1,6%. O destino do lixo produzido pelos moradores é coletado (39,6%), queimado na propriedade (39,2%), jogado (20,2%) e enterrado na propriedade (0,9%) (IBGE, 2019).

Possui duas escolas e uma creche, sendo que o nível de educação é bastante variado, apresentando desde uma importante taxa de analfabetismo e semi analfabetismo, até grau de instrução de nível superior.

Santa Barbara do Leste possui atrações turísticas interessantes como a Matriz, museus e Parque Municipal.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia”

A Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia” em Santa Bárbara do Leste abriga os profissionais de praticamente todas as Equipes de Saúde da Família do Município, sendo que, aquelas que atendem os pacientes da zona rural, têm em suas localidades, pontos físicos de apoio para os atendimentos.

A localização prejudica o acesso da população, uma vez que se encontra próxima à Rodovia Federal BR 116, em trecho sem asfalto e em morro. Pacientes com dificuldade de mobilidade dependem de carro para acessar a unidade. Em períodos chuvosos, essa situação se agrava ainda mais, pois até o acesso com automóveis fica dificultado.

A estrutura física da Unidade é pequena para comportar toda a demanda recebida da população e bastante precária, pois há bastante umidade, mofo, poeira e, por muitas vezes, nota-se a presença de animais como: escorpiões, aranhas, dentre outros.

O horário de funcionamento atende bem à necessidade da população. Atenderia de maneira ainda mais eficiente se a Unidade de Saúde do município contasse com médico durante todo o expediente para realização de atendimentos de urgência, priorizando o acesso dos pacientes da Equipe de Saúde da Família para ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde. Hoje, o que se observa é que, devido à demanda do município, a Equipe de Saúde da Família tem encontrado

dificuldades para exercer em sua plenitude, ações de promoção e prevenção à saúde.

Os materiais e equipamentos disponíveis na unidade atendem de maneira satisfatória em quase todas as situações de agravos apresentados pelos pacientes.

A sala onde são realizadas as pré-consultas e triagens é compartilhada pelas equipes, de forma que os pacientes, simultaneamente, expõem seus problemas de saúde aos profissionais de ambas as equipes e entre os próprios usuários. Apesar disso, a unidade dispõe de sala exclusiva ao setor e vacina, outra ao setor da odontologia, outra à sala de reuniões e outra à sala de medicações/leitos. Como na maioria dos serviços públicos de saúde, a disponibilidade de materiais e medicamentos é variável, mas possui mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos.

#### 1.5 A Equipe de Saúde da Família Verde Vida da Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia”

A equipe de saúde da Família “Verde Vida” da Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia” é composta por: uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e cinco ACS. Além disso, a equipe recebe apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, contando com: psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutica.

#### 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Unidade de Saúde da Equipe “Verde Vida”

A Unidade de Saúde funciona de 7:00 h às 16 horas. Recentemente foi contratada uma funcionária exclusivamente para o serviço de recepção e arquivo, trabalho que anteriormente necessitava do apoio das ACS, que se revezavam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo.



### 1.7 O dia a dia da equipe “Verde Vida”

Geralmente, os atendimentos realizados pela manhã são classificados como demanda espontânea durante quatro dias de atendimento médico. Nos períodos da tarde são intercalados atendimentos agendados voltados a: gestantes (grupo de gestantes), crianças, idosos, pacientes portadores de hipertensão e diabetes (grupo de “Hiper Dia”) e visitas domiciliares.

A equipe oferece aos seus usuários o trabalho de acolhimento às demandas programadas e espontâneas (sendo essas a grande maioria dos atendimentos realizados na unidade). Periodicamente, são realizadas atividades de educação em saúde e educação permanente. Inclusive, recentemente, a médica da unidade e a coordenadora da Atenção Básica participaram de capacitação na sede da Macrorregional de Saúde sobre “Sarampo” e, na mesma semana, foi realizada atividade de capacitação (promovida pela médica) para todos os profissionais de saúde da atenção primária do município, incluindo as ACS.

As visitas domiciliares são realizadas semanalmente, segundo agendamento, em sua maioria. Embora sejam realizadas diversas reuniões para capacitação e instrução da priorização dos agendamentos das visitas, conforme o princípio da equidade do SUS (uma vez que a demanda de visitas é grande), muitas visitas ainda são marcadas pelas ACS devido à influência política e familiar, de forma que pacientes acamados/domiciliados têm ficado com suas visitas deficientes. Os trabalhos com grupos ficam, muitas vezes, dificultados devido à grande demanda de agravos agudos, absorvendo a maior parte do tempo dos profissionais na unidade. Apesar disso, sempre que possível, são realizados trabalhos com esse foco.

Para atender outras demandas, são realizados agendamentos de trabalhos de educação permanente dos profissionais da unidade, programas de educação externa (por exemplo, Programa de Saúde nas Escolas) e reuniões entre os funcionários da unidade. Além disso, quando requisitada, a equipe realiza, em horários extraordinários, as atividades que caberiam aos atendimentos agendados – que não puderam ser realizados no horário normal.

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

Dentre os problemas de saúde do território e da comunidade detectados, pode-se ressaltar:

- Elevado número de pacientes com HAS;
- Falta de adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão;
- Falha na educação em saúde para o controle do uso correto dos fármacos.
- Tabagismo;
- Diabetes mellitus;
- Pessoas com sofrimento mental;
- Etilismo.

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

No quadro 1 a seguir apresenta-se a priorização dos problemas que foram selecionados para o plano de intervenção conforme a sua classificação de prioridades.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia”, município de Santa Bárbara do Leste, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Elevado número de pacientes com hipertensão arterial;	Alta	10	Parcial	1
Falta de adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão;	Alta	5	Parcial	2
Falha na educação em saúde para o controle do uso correto dos fármacos.	Alta	5	Parcial	3

Tabagismo	Média	3	Parcial	4
Diabetes mellitus	Média	3	Parcial	5
Pessoas com sofrimento mental	Média	2	Parcial	6
Etilismo	Média	2	Parcial	7

Próprio Autor (2020) –

\*Alta, média ou baixa;

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados;

\*\*\*Total, parcial ou fora;

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão é o principal fator de risco para mortalidade e a terceira maior causa de anos de vida ajustados por incapacidade no mundo. Apesar dos constantes avanços científicos e tecnológicos, o adequado controle da hipertensão, ainda é considerado um importante desafio para a saúde pública, entre os indivíduos tratados. Esse desafio deve-se à alta complexidade das características e determinantes do controle da hipertensão, como o acesso e uso de serviços de saúde e medicamentos, além das características individuais dos pacientes, como a adesão aos medicamentos prescritos e estilos de vida saudáveis (FIRMO *et al.*, 2018).

Na comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia”, município de Santa Bárbara do Leste, estado de Minas Gerais, nota-se que a hipertensão é o problema identificado como prioridade, já que seus usuários mantêm descontrole pressórico apesar da hipermedicalização praticada no local. Alguns pacientes, em função de terem em sua rotina diversos medicamentos a serem administrados, acabam por fazer o uso de maneira errônea, o que prejudica o tratamento. Outros, apesar das ações de educação em saúde – tanto individuais, quanto coletivas, mantêm-se relutantes ao tratamento e, essa adesão deficitária prejudica o desfecho do cuidado.

Diante desse dado e, considerando a importância de bons níveis pressóricos sobre o risco cardiovascular dos pacientes, fez-se necessária uma atuação mais direcionada para esse agravo, por considerar que esta é uma demanda que possui satisfatória capacidade de enfrentamento por meio de um plano de ação a ser executado na comunidade.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento, da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes adscritos à equipe de Saúde Verde vida, Unidade Básica de Saúde “José Ferreira Maia”, município de Santa Bárbara do Leste, estado de Minas Gerais, por meio do estímulo à maior adesão ao tratamento.

#### 3.2 Objetivos específicos

- a. Eleger os fatores que dificultam o controle e a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica;
- b. Propor ações educativas em saúde para a prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica;
- c. Verificar as estratégias usadas pelos profissionais da Saúde da Estratégia Saúde da Família para estimular a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica.

## 4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste projeto, fez-se, inicialmente, o diagnóstico situacional utilizando o método da estimativa rápida (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018), no território de abrangência, sob responsabilidade da Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia, município de Santa Bárbara o Leste, Estado de Minas Gerais, que possibilitou conhecer os principais problemas que comprometem a saúde desta comunidade

Utilizou-se os bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Pubmed para compor a revisão da literatura, buscando artigos que contribuíssem elaboração do projeto de intervenção. Optou-se por artigos científicos em português e inglês publicados entre os anos entre 2011 e 2020.

Empregou-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2017) em português: Hipertensão, Adesão ao Tratamento Medicamentoso, Controle, Atenção Primária à saúde, Educação em Saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A assistência médica prestada pelo sistema público universal de saúde do Brasil se concentra na prevenção primária e procura desenvolver ações de enfrentamento à elevada carga de doenças cardiovasculares, com foco na promoção da saúde e na atenção integral, a fim de contribuir com o declínio na mortalidade desses pacientes.

“Apesar do risco que a HAS representa, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS)” (RIBEIRO *et al.*, 2012, p.272).

O sistema nacional de saúde do Brasil, o Sistema Único de Saúde, oferece atenção primária universal por meio de ambientes clínicos tradicionais (prestados por meio de postos de saúde e centros de saúde) e um novo modelo de atenção primária com base na comunidade, a Estratégia Saúde da Família (ESF) (PAIM *et al.*, 2011).

A ESF, que hoje atende cerca de 60% da população brasileira e possui uma série de funcionalidades que buscam auxiliar no diagnóstico e controle da hipertensão. Isso inclui a base da comunidade das equipes de saúde (compostas por um médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde) que trabalham com uma população geograficamente definida (cerca de 1000 famílias) em uma região próxima à sua residência. Oferecem educação de saúde baseada na comunidade e atividades na clínica, fazem visitas domiciliares mensais por meio do agente comunitário de saúde, além de consultas médicas e medicamentos anti-hipertensivos gratuitos (MACINKO; HARRIS, 2015).

A ESF procura oferecer melhor acesso e satisfação com o atendimento, reduzindo as taxas de internação para doenças cerebrovasculares e cardíacas. Além disso, contribui para uma menor mortalidade adulta por doenças cardíacas e acidente vascular cerebral (MACINKO; HARRIS, 2015).

Uns dos grandes desafios das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com Gewehr *et al.* (2018) refere-se ao cuidado dos pacientes com doenças crônicas, por se tratar de condições multifatoriais, com determinantes biológicos e socioculturais, agravado pelo aumento do envelhecimento populacional, podendo-se destacar como a mais prevalente, a hipertensão arterial sistêmica;

## 5.2 A Hipertensão Arterial Sistêmica

As doenças cardiovasculares causaram 17,7 milhões de mortes em todo o mundo, representando 31,3% da taxa de mortalidade geral. Um dos principais fatores de risco cardiovascular é a hipertensão, que vai aumentando com a idade. Em pacientes idosos, as consequências para a saúde da hipertensão em são mais complexas e graves. Além disso, a hipertensão arterial (HA) também representa um fardo econômico significativo tanto para o sistema de saúde quanto para os pacientes (HARAMIOVA *et al.*, 2017).

Conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão (MALACHIAS *et al.*, 2016), a HA é definida como:

[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (MALACHIAS *et al.* 2016, p. 1).

Mais de um terço da população adulta brasileira tem hipertensão medida ou com diagnóstico prévio. Quase 90% deles tiveram contato recente com o sistema de saúde, mas apenas 65% tinham conhecimento de sua condição. Destes, apenas 62% procuraram atendimento regular para hipertensão, mas desses 92% receberam tratamento. O controle da hipertensão foi de 33% no geral, mas aumentou para 57% entre aqueles que receberam todos os níveis de atendimento (MACINKO; LEVENTHAL; COSTA, 2018). O aprimoramento desse controle é um importante



desafio, que deve considerar a superação das desigualdades sociais e regionais a ele associadas (FIRMO *et al.*, 2018).

Também são motivos de preocupação com a saúde, a elevada prevalência de hipertensão, que é um dos fatores de risco mais importantes e conhecidos para o aumento de doenças cardiovasculares e, conseqüentemente, a principal causa de hospitalizações e mortes por doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares, consideradas as principais causas de doença cardiovascular (ASHOORKHANI *et al.*, 2016).

O controle adequado da hipertensão é definido como pressão arterial sistólica e diastólica abaixo de 140 mmHg e 90 mmHg, que de acordo com a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 27) “mostra benefícios inequívocos na redução de risco de mortalidade e desfechos CV, entre os que fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos. No Canadá e nos Estados Unidos, a prevalência desse controle em adultos ( $\geq 18$  anos) foi menor (33%) e, no Brasil, a essa prevalência corresponde a 33% para a população ( $\geq 18$  anos). Porém, a estimativa foi feita considerando todas as pessoas com hipertensão, e não apenas aquelas em uso de medicamentos anti-hipertensivos (MACINKO; LEVENTHAL; COSTA, 2018 *apud* FIRMO *et al.*, 2018).

O aumento da pressão arterial é um importante fator de risco para doenças cardíacas crônicas, derrames e doenças coronárias. A PA elevada está positivamente correlacionada ao risco de acidente vascular cerebral e doença coronariana. Além de doença cardíaca coronária e acidente vascular cerebral, suas complicações incluem insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, insuficiência renal, hemorragia retinal e deficiência visual (SINGH *et al.*, 2017).

Conforme a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (MALACHIAS *et al.*, 2016), os fatores de risco para hipertensão arterial são a idade, sexo, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética.

De acordo com Oparil *et al.* (2018), na contemporaneidade, com a idade, os níveis de PA sistólica aumentam de forma constante e contínua em homens e mulheres, diante da maior probabilidade que contribuem para a exposição a vários fatores ambientais que aumentam ao longo do tempo, a PA gradualmente, podendo-se

destacar o consumo excessivo de sódio, ingestão insuficiente de potássio na dieta, sobrepeso e obesidade, ingestão de álcool e física inatividade. Além desses, outros fatores têm associações pequenas, mas definidas com níveis elevados de pressão arterial na idade adulta como: a predisposição genética ou ambiente intrauterino adverso (como hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia).

Já, conforme Mills *et al.* (2016), as disparidades globais de HA são grandes e crescentes, pois, conforme progride o desenvolvimento econômico, a HA inicialmente afeta os indivíduos com um nível socioeconômico alto, no entanto, posteriormente, a prevalência de HA e suas consequências são maiores naqueles com nível socioeconômico mais baixo. Tal fenômeno pode ser percebido em todo o mundo. Enfatiza-se, ainda, que a velocidade de mudança na prevalência de hipertensão desde 2000 a 2010 foi muito mais rápida do que nas transições epidemiológicas anteriores. Portanto, são necessários esforços colaborativos urgentes, com o intuito de coibir a carga emergente da HA em países de baixa e média renda.

A HA pode matar silenciosamente, no entanto, alguns sintomas podem ser vistos, raramente, nos estágios iniciais da doença, até que ocorra uma crise médica grave como ataque cardíaco, derrame ou doença renal crônica. Desta forma, como a maioria das pessoas não estão cientes do excesso de pressão arterial, a medição arterial é o meio pelo qual é possível diagnosticá-la. Porém, apesar de assintomática, alguns indivíduos com HA relatam dores de cabeça, tontura, vertigem, visão alterada ou episódio de desmaio (SINGH *et al.*, 2017).

A avaliação de pacientes com hipertensão, de acordo com Oparil *et al.* (2018) inclui medição precisa da pressão arterial (PA) padronizada, avaliando o risco previsto dos pacientes de DCV aterosclerótica, evidência de dano ao órgão alvo, detecção de causas secundárias de hipertensão e presença de comorbidades, incluindo DCV e doença renal.

A terapia farmacológica é muito eficaz na redução da pressão arterial e na prevenção de desfechos de DCV na maioria dos pacientes; Os medicamentos anti-hipertensivos de primeira linha incluem inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA), bloqueadores do receptor da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio di-hidropiridina e diuréticos tiazídicos (OPARIL *et al.*, 2018).

Mudanças no estilo de vida, incluindo modificações dietéticas e aumento da atividade física, são eficazes na redução da PA e na prevenção da hipertensão e suas sequelas de DCV (OPARIL *et al.*, 2018).

### 5.3 Fatores que dificultam o controle e a adesão ao tratamento medicamentoso

A adesão ao tratamento de uma doença consiste em seguir o que foi proposto pelos profissionais de saúde. (GEWEHR *et al.*, 2018).

No que se refere ao tratamento farmacológico, a não adesão significa o abandono do uso dos medicamentos, sem orientação médica ou a execução de forma irregular do tratamento, seja na prática de atrasar a tomada do medicamento ou de realizar pequenas interrupções da terapêutica prescrita. A baixa adesão ao tratamento é um dos principais fatores para a persistência de valores elevados da Pressão Arterial (PA) (MANCIA *et al.*, 2014 *apud* GEWEHR *et al.*, 2018, p.180).

Embora exista uma ampla variedade de medicamentos anti-hipertensivos eficientes e econômicos como controle pressórico e adesão ao uso regular de medicamentos e outros tratamentos não medicamentosos, como a melhoria do estilo de vida (ASHOORKHANI *et al.*, 2016), o controle da pressão arterial permanece insuficiente e, a baixa adesão à ingestão de medicamentos anti-hipertensivos destacam-se como um dos principais fatores de risco da pressão arterial não controlada, resultando em aumento do risco de acidente vascular cerebral, hospitalização e morte prematura (HARAMIOVA *et al.*, 2017).

Dentre as razões para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, segundo Ashoorkhani *et al.* (2016) pode-se ressaltar: os efeitos colaterais dos medicamentos; a descrença do paciente na eficácia e benefício da terapia; falta de motivação; a ausência de sintomas físicos incômodos em alguns pacientes; falta de conhecimento e comportamento adequado em relação à terapia medicamentosa e regimes alimentares; falha de comunicação entre o paciente e o médico; a complexidade da terapia; atendimento inadequado para acompanhamento por parte do paciente e certas questões psicológicas, como depressão.

Barreto *et al.* (2016) verificaram quais os fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária e constataram que quase metade dos entrevistados apresentou inadequado controle pressórico, que foi associado à idade

igual ou superior a 60 anos; não adesão à farmacoterapia; não comparecimento às consultas agendadas e; consumo de três ou mais drogas anti-hipertensivas.

Gewehr *et al.* (2018), em um estudo transversal, realizado em duas Estratégias Saúde da Família em um município da região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, com 145 hipertensos de ambos os sexos verificaram sobre a adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e os fatores associados à baixa adesão em hipertensos adstritos à Atenção Primária à Saúde. Os valores pressóricos mais elevados foram identificados entre os hipertensos com baixa adesão. Constataram, ainda, que quanto maior o número de medicamentos utilizados, menor a adesão. Concluíram que os fatores relacionados com a diminuição da adesão foram: baixa renda, uso de dois ou mais anti-hipertensivos e dificuldades para ler a embalagem dos medicamentos.

#### 5.4 Ações que contribuem para o controle da pressão arterial e à adesão ao tratamento medicamentoso

Dentre os diferentes elementos que constituem para o processo de adesão ao tratamento farmacológico para o controle da pressão arterial pode-se destacar o indivíduo, o tratamento, a doença, os serviços, os profissionais de saúde, além do meio social e cultural do usuário e de sua família. Para tanto, é preciso haver um alinhamento e a organização desses elementos. Além de exigir a participação individual, o controle da pressão arterial requer ainda a assistência da equipe de saúde, dentro de um eficiente programa de controle da HAS, já que os fatores como a cronicidade da doença e a falta de sintomatologia dependem do efetivo controle dos níveis pressóricos (GEWEHR *et al.*, 2018).

Desta maneira, para que os profissionais de saúde atuem de maneira eficaz é necessário propor e implementar intervenções que contribuam para atender as verdadeiras necessidades desses usuários, conhecendo-os e identificando os fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento. Portanto, é fundamental detectar a conduta não aderente, a fim de analisar seu impacto nos desfechos clínicos (GEWEHR *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a ESF destaca-se como elemento-chave na organização e implementação de estratégias com o objetivo de prevenir e controlar a HAS. O trabalho multiprofissional e interdisciplinar, além da abordagem ao hipertenso e o cuidado domiciliar é de fundamental importância para melhorar a adesão ao tratamento e controle da doença, minimizando seus impactos para os pacientes e para o sistema de saúde. Enfatiza-se ainda, a necessidade de compreender as barreiras da não adesão ao tratamento da HAS, que envolvem tanto o paciente, quanto outros aspectos como a discussão e implementação efetiva de estratégias conjuntas envolvendo toda a equipe de saúde (GEWEHR *et al.*, 2018).

Os cuidados contínuos com os pacientes com hipertensão depende dos cuidados primários acessíveis e de alta qualidade para diagnosticar, tratar e ajudar na autogestão (MACINKO; LEVENTHAL; COSTA, 2018).

Conforme Ashoorkhani *et al.* (2016) , é fundamental que se desenvolvam ações que contribuam para o aumento do conhecimento dos indivíduos sobre a hipertensão arterial, seus problemas subsequentes e métodos de controle, uso regular de medicamentos, observância das dietas hipossódicas e plano dietético de Abordagens Dietéticas para Parar a Hipertensão, nível de atividade física, cessação do tabagismo e perda de peso. Os autores pressupõem que essas ações podem permitir aos indivíduos controlar melhor os fatores determinantes da hipertensão e reduzir a possibilidade de suas complicações.

Ashoorkhani *et al.* (2016) ressaltaram que a utilização de conteúdos educacionais visa elevar o nível de conhecimento do hipertenso sobre suas complicações e formas de controle. É fundamental a avaliação dos comportamentos de saúde que afetam a hipertensão, como dieta saudável, nível de atividade física, verificação e monitoramento da PA, adesão ao tratamento e fatores predisponentes, fatores facilitadores e fatores de reforço que contribuem para a adesão ao tratamento e cessação do tabagismo.

De acordo com Barreto *et al.* (2016), é necessário que a equipe de saúde crie estratégias que incentivem os pacientes a comparecerem às consultas e simplifiquem o esquema terapêutico, a fim de melhorar o controle pressórico das pessoas com hipertensão arterial, principalmente dos pacientes idosos.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta de intervenção refere-se à priorização do problema: “Elevado número de pacientes com hipertensão arterial” devido a não adesão ao tratamento medicamentoso, que é bastante comum em grandes proporções em pacientes com pressão arterial não controlada em uso de três ou mais agentes anti-hipertensivos. Para tanto, descreve-se a seguir o problema priorizado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, e acordo com o que foi proposto na metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Serão especificados e demonstrados em quadros, o desenho das operações – de acordo com as causas elegidas como “nós crítico”, a(s) operação(ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a realização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos), de acordo como metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

No território de abrangência da Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia”, município de Santa Bárbara do Leste, encontra-se como um número elevado de pacientes com hipertensão arterial.

A não adesão ao tratamento medicamentoso aliado ao uso de três ou mais agentes anti-hipertensivos contribui para o agravamento deste grande problema de saúde pública, além de representar sérias implicações para a saúde e socioeconômicas devido à enorme carga de custos para o serviço de saúde com o excessivo desperdício de medicamentos.

Diante deste contexto, ressalta-se a importância de implementar um plano de intervenção eficaz com ações de educação em saúde para prevenir e minimizar os agravos causados pela pressão arterial não controlada devido a não adesão ao tratamento dos pacientes da Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia”.

## 6.2 Explicação do problema (quarto passo)

Após a análise do perfil epidemiológico da população de Santa Bárbara do Leste – MG, verificou-se que uma grande parte de seus usuários é hipertensa e, embora seja praticada uma hipermedicalização, na maioria dos casos, observa-se o descontrole pressórico, que pode ser consequência da administração de diversos medicamentos utilizados de maneira errônea, que acabam prejudicando o tratamento.

Embora a Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia” ofereça a essa parcela da população ações de educação em saúde – tanto individuais (durante as consultas e acolhimento), quanto coletivas (durante os grupos de “Hiper Dia – Hipertensão e Diabetes”) a adesão ao tratamento é baixa e prejudica a eficácia do atendimento.

Desta forma, espera-se que a implementação deste projeto possa contribuir para melhorar os níveis pressóricos desses pacientes evitando os riscos de morbidade e mortalidade associados à pressão arterial não controlada.

## 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A partir da escolha do problema prioritário foram estabelecidos os nós críticos que precisam ser resolvidos, com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento, que é um aspecto crucial do manejo de pacientes com condições crônicas, como hipertensão e que são citados abaixo:

1. Dificuldade no controle da pressão arterial;
2. Falta de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS;
3. Falha na educação em saúde para o uso correto dos fármacos.

## 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (sétimo ao décimo).

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

**Quadro 2** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevado número de pacientes com hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia, município de Santa Bárbara o Leste, Estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Dificuldade no controle da pressão arterial.
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Desenvolver ações educativas para a população com dificuldade no controle da pressão arterial, considerando a prática interprofissional nos programas de acompanhamento, por meio de orientações sobre medicamentos e tratamento; aumentando o conhecimento da população sobre a doença e, conseqüentemente, a adesão à terapia medicamentosa, reduzindo a pressão arterial dos participantes.
<b>6º passo: projeto</b>	“Educar é preciso: tudo sobre o a prevenção e controle da pressão arterial”.
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Prevenção e controle da Pressão Arterial dos pacientes hipertensos do serviços básicos de saúde à níveis desejáveis; Melhor conhecimento da população sobre a doença; Mudança de hábitos e estio de vida mais saudável da população com HAS.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	a) Acolhimento apropriado para orientações dos profissionais de saúde sobre os medicamentos e seus possíveis efeitos adversos; b) Cartilhas e panfletos educativos; Palestras utilizando vídeos e Power Point sobre os efeitos nocivos da HAS; c) Capacitação dos profissionais da saúde para a vigilância das medicações dos pacientes e o efetivo controle para o uso correto dos fármacos.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Preparação das atividades educativas para a população com dificuldade no controle da pressão arterial. <b>Financeiro:</b> Obtenção de recursos para aquisição de todo o material para composição de todo o material indispensável para a efetivação das atividades educativas. <b>Político:</b> Sugerir a colaboração da Administração pública, dos setores da saúde e toda a equipe da ESF.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<b>Cognitivo:</b> Eficácia da implementação do plano de intervenção; <b>Político:</b> Participação conjunta de todos os setores da saúde e dos profissionais da saúde envolvidos; <b>Financeiro:</b> obtenção de recursos financeiros.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Criação de vínculo entre todos os setores da saúde e profissionais da saúde a partir da demonstração da viabilidade do projeto. Motivação favorável.
<b>9º passo; acompanhamento do plano – responsáveis e prazos</b>	Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia, bem como todos os setores da saúde; prazo seis meses Médica; enfermeira e ACS são os profissionais responsáveis.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	A avaliação será realizada por meio da monitorização regular da pressão sanguínea, além de verificar o aumento na adesão ao tratamento, ao controle do peso, bem como a mudança de hábitos alimentares mais saudáveis.

Fonte: Próprio Autor (2020)



Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevado número de pacientes com hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia, município de Santa Bárbara do Leste, Estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 2</b>	Falta de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS.
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Elaborar ações estratégicas de educação em saúde, que viabilize a adesão ao uso regular de medicamentos e outros tratamentos não medicamentosos, como a melhoria do estilo de vida.
<b>6º passo: projeto</b>	A importância da adesão ao uso regular de medicamentos e outros tratamentos não medicamentosos.
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Conscientização da população sobre os riscos da não adesão ao tratamento medicamentoso; Melhor adesão e eficácia do tratamento medicamentoso para a HAS; Comportamento adequado em relação à terapia medicamentosa e regimes alimentares.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Atividades educativas para que a população entenda a importância de aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (como a prática de exercícios físicos e alimentação adequada).
<b>6º passo: recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Elaborar atividades educativas para motivar os pacientes a aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. <b>Financeiro:</b> Obtenção de recursos para aquisição de todo o material para composição de todo o material indispensável para a efetivação das atividades educativas. <b>Político:</b> Sugerir a colaboração da Administração pública, dos setores da saúde e toda a equipe da ESF.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<b>Cognitivo:</b> Eficácia da implementação do plano de intervenção; <b>Político:</b> Participação conjunta de todos os setores da saúde e dos profissionais da saúde envolvidos; <b>Financeiro:</b> obtenção de recursos financeiros.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Criação de vínculo entre todos os setores da saúde e profissionais da saúde a partir da demonstração da viabilidade do projeto. Motivação favorável.
<b>9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia, bem como todos os setores da saúde; prazo seis meses Médica; enfermeira e ACS são os profissionais responsáveis.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	A avaliação será realizada por meio da verificação do aumento na adesão ao tratamento, ao controle do peso, bem como a mudança de hábitos alimentares mais saudáveis.

Fonte: Próprio Autor (2020).

**Quadro 4** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevado número de pacientes com hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia, município de Santa Bárbara o Leste, Estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falha na educação em saúde para o uso correto dos fármacos.
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Capacitar os profissionais da saúde por meio da educação continuada para vigilância das medicações dos pacientes, contribuindo para o controle do uso correto dos fármacos.
<b>6º passo: projeto</b>	“Importância do uso correto dos medicamentos”.
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Aumento do uso correto dos medicamentos; Comportamento adequado em relação à terapia medicamentosa; Capacitação dos profissionais da saúde por meio da educação continuada.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Profissionais capazes de orientar e investigar dentro de um programa eficiente, para orientação quanto ao uso correto e ininterrupto dos medicamentos.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Elaborar atividades educativas, a fim de aumentar uso correto e ininterrupto dos medicamentos <b>Financeiro:</b> Arrecadação de recursos para composição de todo o material necessário para a realização das atividades educativas. <b>Político:</b> Propor a participação conjunta da equipe de saúde com a Prefeitura e todos os setores da saúde.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<b>Cognitivo:</b> Eficácia da implementação do plano de intervenção; <b>Político:</b> Participação conjunta de todos os setores da saúde e dos profissionais da saúde envolvidos; <b>Financeiro:</b> obtenção de recursos financeiros.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Criação de vínculo entre todos os setores da saúde e profissionais da saúde a partir da demonstração da viabilidade do projeto. Motivação favorável.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia, bem como todos os setores da saúde; prazo seis meses Médica; enfermeira e ACS são os profissionais responsáveis.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	A avaliação será realizada por meio do acompanhamento dos pacientes quanto ao uso correto e ininterrupto dos medicamentos. Avaliação do impacto do uso correto e ininterrupto dos medicamentos nos desfechos clínicos.

Fonte: Próprio Autor (2020).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da elaboração deste projeto foi possível constatar que a Equipe de Saúde Verde Vida, Unidade Básica de Saúde “Posto de Saúde da Família José Ferreira Maia, município de Santa Bárbara do Leste, Estado de Minas Gerais, pode realizar com sucesso as atividades propostas neste projeto que foram elaboradas a partir dos nós críticos selecionados: a) “Educar é preciso: tudo sobre o a prevenção e controle da pressão arterial” (dificuldade no controle da pressão arterial; b) “A importância adesão ao uso regular de medicamentos e outros tratamentos não medicamentosos” (falta de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS); c) “Importância do uso correto dos medicamentos” (falha na educação em saúde para o uso correto dos fármacos).

As intervenções educacionais realizadas nas UBS têm o objetivo de oferecer conhecimentos sobre saúde e aprimorar ou motivar a própria gestão da saúde dos pacientes, por meio de modificações no estilo de vida e, ainda, viabilizar o controle da pressão arterial por meio de orientações sobre medicamentos e tratamento.

Espera-se, desse modo, aumentar o conhecimento da população sobre a doença e, conseqüentemente, a adesão à terapia medicamentosa e a outros tratamentos não medicamentosos, bem como a vigilância das medicações dos pacientes, contribuindo para o controle do uso correto dos fármacos, resultando, assim na melhoria da qualidade de vida dessa população.

Para tanto, é de fundamental importância, que todos os profissionais da saúde sejam capazes e que estejam aptos para desempenhar com excelência a promoção da saúde na gestão da HAS, garantindo a prevenção e controle das complicações à saúde, por meio da conscientização, tratamento e controle de todos os pacientes.

## REFERÊNCIAS

ASHOORKHANI, M. *et al.* Comparing the effectiveness of the BMAP (Blood Pressure Management Application) and usual care in self-management of primary hypertension and adherence to treatment in patients aged 30-60 years: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 17, n. 11, p. 511, 2016.

BARRETO, M. S. *et al.* Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 114-120, mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100114&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100114&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância da esquistossomose mansoni**: diretrizes técnicas. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014: 144p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia\\_esquistossome\\_mansoni\\_diretrizes\\_tecnicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_esquistossome_mansoni_diretrizes_tecnicas.pdf). Acesso em: 20 ago, 2020.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3). Acesso em: 25 set. 2020.

FIRMO, J. O. A. *et al.* Adequate control of hypertension among older adults: ELSI-Brazil. **Rev Saude Publica**. v. 25, n. 52, Suppl 2, p. 13s, Oct. 2018.

GEWEHR, D. M. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 179-190, Jan. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000100179&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100179&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 Set. 2020.

HARAMIOVA, Z. *et al.* The effectiveness of daily SMS reminders in pharmaceutical care of older adults on improving patients' adherence to antihypertensive medication (SPPA): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**. v. 18, n. 1, p. 334, jul. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **IBGE Cidades**. Santa Bárbara do Leste. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santabarbaradoleste/panorama>. Acesso em: 25 set. 2020.

MACINKO, J.; LEVENTHAL, D.G. P.; COSTA, M.F.L. Primary care and the hypertension care continuum in Brazil. **J Ambul Care Manage**. v. 41, n. 1, p. 34-46, Jan./Mar. 2018.

MACINKO, J.; HARRIS, M. Brazil's family health strategy: delivering community based primary care in a universal health system. **N Engl J Med**. v. 372, n. 23, p. 2177-81, 2015.

MALACHIAS, M.V.B. *et al* . 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 – Diagnóstico, Classificação e Prevenção Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, 2016.

MILLS, K. T. *et al*. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*. v. 134, n. 6, p. 441-50, Aug. 2016.

OPARIL, S. *et al*. Hypertension. **Nat Rev Dis Primers**. v. 22, n. 4, p. 1-48, Mar. 2018.

PAIM, J. *et al*. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**. v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011.

RIBEIRO, A. G. *et al*. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev Nutr**. Campinas , v. 25, n. 2, p. 271-282. Apr 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732012000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009). Acesso em: 25 set. 2020.

SINGH, S. *et al*. Prevalence and associated risk factors of hypertension: a cross-sectional study in urban varanasi. **Int J Hypertens**. v. 2017, n. 5491838, 2017.