



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Curso de Especialização em Saúde da Família



HELLEN APARECIDA GEYER DOS SANTOS

**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE VOLTADAS PARA A
ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS
PACIENTES DA UBS LARANJEIRAS, MARABÁ, PARÁ**

BELÉM – PA
2020

HELLEN APARECIDA GEYER DOS SANTOS

**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE VOLTADAS PARA A
ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS
PACIENTES DA UBS LARANJEIRAS, MARABÁ, PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de especialista.

Orientador: Me Rubia Rodrigues Neves

BELÉM – PA
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

S237e Santos, Hellen Aparecida Geyer dos
Estratégias de educação em saúde voltadas para a adesão ao
tratamento da hipertensão arterial dos pacientes da UBS
Laranjeiras, Marabá, Pará / Hellen Aparecida Geyer dos Santos.
— 2020.

29 f.

Orientador(a): Prof^a. MSc. Rubia Rodrigues Neves
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -,
Universidade Federal do Pará, Belém, 2020.

1. Hipertensão arterial. 2. Adesão farmacológica. 3.
Atividade física. 4. Educação em saúde. I. Título.

CDD 016.614

FOLHA DE APROVAÇÃO

HELLEN APARECIDA GEYER DOS SANTOS

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE VOLTADAS PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS PACIENTES DA UBS LARANJEIRAS, MARABÁ, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: _____

Aprovado em: ____/ ____/ ____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Orientadora Me Rubia Rodrigues Neves

Ana Paula Reis

RESUMO

Este projeto de intervenção tem por objetivo implantar estratégias de educação em saúde para a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde Laranjeiras, no município de Marabá/PA. É imprescindível re(conhecer), elaborar e implementar estratégias de intervenção que favoreçam um maior grau de adesão, devido às morbidades apresentadas pela doença, como eventos cardiovasculares. Nesse contexto, a relação dos profissionais de saúde e paciente, que faz parte da rotina do Programa de Saúde da Família, constitui uma forma de cuidado holístico, permitindo a compreensão dos aspectos psicológicos, emocionais, sociais e biológicos desses usuários. O desfecho primário será a mudança na proporção de indivíduos com pressão arterial normalizada após a intervenção em educação em saúde. Outros desfechos incluirão alterações no conhecimento relacionado à hipertensão, estilo de vida, antropométrico, bioquímico (lipídios séricos) e parâmetros clínicos.

Palavras-chave: hipertensão, adesão farmacológica, atividade física, educação em saúde.

ABSTRACT

This intervention project aims to implement health education strategies for adhering to the treatment of hypertensive patients treated at the Laranjeiras Basic Health Unit, in the municipality of Marabá/PA. It is essential to re (know), develop and implement intervention strategies that favor a greater degree of adherence, due to the morbidities presented by the disease, such as cardiovascular events. In this context, the health professional-patient relationship, which is part of the routine of the Family Health Program, constitutes a form of holistic care, allowing the understanding of the psychological, emotional, social and biological aspects of these users. The primary outcome will be the change in the proportion of individuals with normalized blood pressure after the intervention in health education. Other outcomes will include changes in knowledge related to hypertension, lifestyle, anthropometric, biochemical (serum lipids) and clinical parameters.

Keywords: hypertension, medication adherence, physical activity, health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- DCVs – Doenças cardiovasculares
- ACS – Agentes comunitários de saúde
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- SUS – Sistema Único de Saúde
- PSF – Programa Saúde da Família
- HAS – Hipertensão arterial sistêmica
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- APS – Atenção primária à saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Justificativa	15
2. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivos Gerais.....	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3. METODOLOGIA.....	18
3.1 Implicações Éticas	18
3.2 Delineamento do Estudo	18
3.3 População de Estudo	19
3.4 Variáveis do Estudo	19
3.5 Análise Estatística dos Dados	19
3.6 Cronograma de Atividades.....	20
3.7 Orçamento	20
4. RESULTADOS	21
5. DISCUSSÃO.....	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
7. REFERÊNCIAS	26

1. INTRODUÇÃO

A pressão arterial elevada é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares (DCVs), e ocupa o primeiro lugar como causa de anos de vida ajustados por incapacidade em todo o mundo (STANAWAY et al., 2018). Seu controle subótimo é o fator de risco atribuível mais comum para DCVs e doença cerebrovascular, incluindo acidente vascular cerebral hemorrágico (58%) e isquêmico (50%), doença cardíaca isquêmica (55%) e outras formas de DCV (58%), incluindo doenças cardíacas insuficiência e doença arterial periférica (STANAWAY et al., 2018). Além disso, é uma das principais causas de doença renal crônica, progressão da doença renal e doença renal em estágio terminal, além de demência por doença cerebral de pequenos vasos (CAREY et al., 2018).

Estudos no Brasil observaram em adultos uma prevalência de hipertensão que variou entre 22% e 74,9% (MENDES et al.; 2013; ALMEIDA et al., 2015; MINELLI et al., 2016; SOUSA et al., 2019) e, embora a Sociedade Brasileira de Hipertensão tenha critérios bem definidos para seu tratamento com a utilização de medicamentos e, apesar da existência de estratégias de controle, em alguns casos, sem medidas farmacológicas, os índices de controle ainda são baixos (MALACHIAS et al., 2017). Além disso, fatores biológicos, sociais e comportamentais têm sido relacionados a sua presença (GEWEHR et al., 2018). Embora a predisposição genética à hipertensão não seja modificável e transmita risco de DCV ao longo da vida, o risco de hipertensão é modificável e amplamente evitável, devido a uma forte influência de fatores ambientais/de estilo de vida importantes. Os fatores mais importantes, que são introduzidos gradualmente na infância e no início da vida adulta, são ganho de peso que leva a sobrepeso/obesidade, dieta não saudável, excesso de sódio na dieta e ingestão inadequada de potássio, atividade física insuficiente e consumo de álcool (WHELTON et al., 2018). Por essas razões, requer a assistência da equipe de saúde, dentro de um programa eficiente educativo (GEWEHR et al., 2018).

O programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Brasil é uma abordagem de base comunitária, organizada pelo Ministério da Saúde para prestar atenção primária à saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018). É composto por equipes de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de

saúde (ACS) em áreas predefinidas. Uma inovação importante no sistema tem sido o desenvolvimento, a adaptação e a rápida expansão de uma abordagem com base na comunidade para o atendimento primário de saúde, definido como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Entre os adultos, a expansão da ESF foi associada à redução da mortalidade por causas cardiovasculares e cerebrovasculares, grandes reduções nas taxas de hospitalização por condições sensíveis aos cuidados ambulatoriais e taxas reduzidas de complicações de algumas condições crônicas, como a hipertensão, orquestradas, principalmente, por atividades de educação em saúde, visitas domiciliares dos profissionais de saúde e consultas médicas na atenção primária (RASELLA et al., 2014).

As práticas de educação em saúde na atenção primária têm sido tradicionalmente orientadas por discursos focados em fatores biológicos e de higiene, abordando doenças e informações verticalizadas e prescritivas. Esse modelo tradicional tem limites, pois o acesso à informação por si só não determina um maior comprometimento dos hipertensos ao tratamento (RIBEIRO et al., 2012). A ocorrência do que se denomina “adesão ao tratamento”, pelos indivíduos, corresponde ao grau de obediência às medidas de tratamento, com base ou não em medicamentos, objetivando manter a pressão arterial em níveis normais. Entretanto, envolve um processo multidimensional influenciado por múltiplos fatores, como os relacionados ao indivíduo, ao estado de saúde, à terapia, aos aspectos socioeconômicos, ao sistema de saúde e ao relacionamento com os profissionais de saúde (DANIEL; VEIGA, 2013).

Por ser o Programa Saúde da Família (PSF) um modelo de educação em saúde mais coerente com os princípios da integralidade, respeito e autonomia dos indivíduos, seus objetivos são a humanização das práticas de saúde por meio da formação de vínculos entre profissionais e usuários (MARKS; ALLEGRANTE; LORIG, 2005). Dessa forma, pelo fato de a não adesão ao tratamento hipertensivo ser um processo comportamental complexo, torna-se imprescindível re(conhecer), elaborar e implementar estratégias de intervenção que favoreçam um maior grau de adesão (BARRETO et al., 2015). Nesse contexto, a relação profissionais de saúde-paciente, que faz parte da rotina do PSF, constitui uma forma de cuidado holístico, permitindo a compreensão dos aspectos psicológicos, emocionais, sociais e biológicos desses usuários (RIBEIRO et al., 2012).

Com base no exposto, esta proposta de intervenção será desenvolvida na cidade de Marabá, município localizado no sudeste do estado do Pará, Região Norte do país, situado cerca de 500 quilômetros ao sul da capital do estado (Belém) e tem, aproximadamente, 279.349 habitantes. Dentre os principais problemas de saúde estão as doenças infectoparasitárias pela falta de saneamento básico da região, condições de tratamento inadequado e falta de educação em saúde. Causas externas, doenças do aparelho circulatório e neoplasias figuram dentre as principais causas de mortalidade. A cidade tem uma rede de saúde estruturada em atenção primária, secundária com um único hospital de pequeno/médio porte e centro de especialidade da atenção básica. Há um Hospital Regional que suporta a demanda terciária e realiza exames mais avançados dos pacientes da atenção primária e secundária.

A comunidade de atuação situa-se no bairro Laranjeiras, área urbana da cidade. O posto de saúde atende pacientes da área urbana e de comunidades rurais desprovidas de assistência à saúde. É composto por duas equipes de estratégias de saúde da família e duas equipes da atenção básica, atuantes no período da manhã e da tarde. Conta ainda, com dentista e psicólogo, mas estes não fazem parte das equipes de estratégia da saúde do posto.

A microárea da minha equipe de estratégia de saúde da família tem, atualmente, 232 pessoas cadastradas, segundo site do E-SUS. Há uma enorme disparidade entre a quantidade de pessoas adscritas (cadastradas) e o real número de pessoas acompanhadas pela equipe por um atraso cadastral, muitas vezes, por questões burocráticas, como documentação e cartão SUS.

Em relação ao número de hipertensos, segundo o DATASUS, em 2013, o município tinha 4.221,23 casos/100 mil, estando abaixo da média nacional de 9.530,41 casos/100 mil.

Nessa microárea de atuação, segundo levantamento feito por agente comunitário de saúde (ACS), há 187 pacientes hipertensos, sendo 113 mulheres e 74 homens. Devido à elevada prevalência, é de suma importância a elaboração de estratégias de ações em saúde para estímulo à adesão medicamentosa, combate ao sedentarismo e bons hábitos alimentares.

Para a compreensão da eficácia dessas ações educativas, é importante o conhecimento do significado do termo “adesão”. Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a primeira definição oficial. Assim, foi definida como a

medida que a medicação para o comportamento de uma pessoa, seguindo uma dieta e executando mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um profissional de saúde (WHO, 2003). Em 2009, foi realizada uma reunião de consenso sobre essa definição, que reuniu mais de 80 pessoas de vários horizontes profissionais, mas todas envolvidas no tratamento de pacientes com medicamentos. Essa reunião de consenso resultou em uma nova taxonomia, publicada em 2012. De acordo com esse consenso, a adesão aos medicamentos é um processo caracterizado por três componentes principais: o início, a implementação e a descontinuação (VRIJENS et al., 2012).

Mas a adesão vai além da correta utilização de medicamentos e é o reflexo da adoção de um estilo de vida saudável; por isso, é importante a realização de intervenções dirigidas aos pacientes não aderentes e que sejam compatíveis com suas razões individuais (RÊGO; RADOVANOVIC, 2018).

No Relatório da OMS, de 2003, observou-se que a capacidade dos pacientes de seguir tratamentos é frequentemente comprometida por mais de uma barreira. Intervenções para promover a adesão exigem vários componentes e os profissionais de saúde devem seguir um processo sistemático para avaliá-las em potencial. As cinco dimensões de adesão são os fatores sociodemográficos, econômicos e ambientais, a equipe de saúde/sistema de saúde, fatores/intervenções relacionados à terapia, fatores/intervenções relacionados à condição e fatores/intervenções relacionados ao paciente (WHO, 2003).

Diante de tais fatores, percebe-se a variedade e a complexidade dos elementos que contribuem para que a pessoa em condição crônica, como a hipertensão arterial, apresente dificuldades para a adesão ao tratamento. Estudos demonstraram que intervenções sobre conhecimentos relacionados à doença podem ajudar os pacientes a entender melhor seu problema de saúde e sua terapia, levando a mudanças benéficas nos comportamentos e a adesão ao tratamento regular para melhorar os resultados. Magadza, Radloff e Srinivas (2009) investigaram o efeito de uma intervenção educacional nos níveis selecionados de participantes hipertensos de conhecimento sobre hipertensão, suas crenças sobre medicamentos e a adesão à terapia anti-hipertensiva. Os participantes fizeram parte de uma intervenção educacional que lhes forneceu informações sobre hipertensão e sua terapia por meio de apresentações, reuniões mensais e um folheto informativo resumido. Os níveis de conhecimento sobre hipertensão e sua terapia, bem como

suas crenças sobre medicamentos foram medidos por meio de entrevistas e/ou questionários autoaplicáveis. Os níveis de adesão foram avaliados por contagens de comprimidos, autorrelatos e pontualidade na coleta de recargas de medicamentos. Testes t pareados para amostras dependentes foram realizados para comparar os níveis de conhecimento dos participantes sobre hipertensão e sua terapia, crenças sobre medicamentos e níveis de adesão à terapia anti-hipertensiva antes e após a intervenção educacional. Os autores verificaram que houve um aumento significativo nos níveis de conhecimento dos participantes sobre hipertensão e sua terapia. A maioria dos parâmetros utilizados para indicar crenças sobre medicamentos foram significativamente modificados de maneira positiva para preocupações com medicamentos, para crenças sobre a natureza nociva dos medicamentos e para as preocupações com necessidades diferenciais. Ressaltaram que, apesar dessas mudanças positivas, é necessário tempo adequado para que mudanças comportamentais antecipadas, como maior adesão, possam ser observadas.

Lima, Meiners e Soler (2010), ao realizarem um estudo para conhecer o perfil de adesão ao tratamento de 100 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Municipal de Saúde, em Belém, no estado do Pará, constataram que 45% dos pacientes tinham maior adesão e 55%, menor. O acesso ao medicamento não significou o alcance da resposta terapêutica almejada. Fatores, tais como problemas nos registros médicos, com elevado número de prontuários incompletos, ilegíveis ou mal preenchidos, quantidade utilizada de medicamentos e seus efeitos colaterais também foram relatados.

Ao analisarem a prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados, Barreto et al. (2015) constataram que, dos 422 pacientes incluídos no estudo, 42.65% foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso. Os fatores associados foram a baixa escolaridade, que se associa à falta de compreensão nas recomendações dos profissionais de saúde e a importância da utilização contínua dos medicamentos para o controle das doenças cardiovasculares, caracterizando-se como um fator socioeconômico influente da não adesão ao tratamento. Por essas razões, uma atenção diferenciada deve ser realizada, sendo fundamental para a adesão ao tratamento.

A falta de comunicação adequada entre o paciente e o profissional sobre a doença interfere negativamente na adesão. Assim, quanto maior a confiança, maior será a adesão. Para conhecer o conceito de necessidades de saúde, segundo a

percepção de usuários de um serviço de saúde do interior paulista, Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) realizaram 15 entrevistas. Os resultados revelaram o valor que os usuários atribuem, quando ocorre a atenção do profissional de saúde durante o atendimento, desde a recepção até o momento da consulta. Atitudes que parecem simples, como a explicação dos motivos do não atendimento imediato, além de outras, muitas vezes não valorizadas da mesma forma pelos profissionais de saúde, permitem que o usuário perceba sua importância no serviço de saúde, o que também contribui para o sucesso do tratamento. Por isso é que esses pacientes reivindicam maior atenção por parte de todos os integrantes do serviço, destacando-se a necessidade de esclarecimentos sobre assuntos relacionados a sua saúde.

No estudo realizado por Ribeiro et al. (2012), o modelo de educação em saúde utilizado baseou-se na interatividade, no diálogo, na problematização da realidade e na ação comum entre equipe de saúde e pacientes hipertensos. Afirmaram que os resultados das intervenções, com o objetivo mudanças de hábitos dependem da frequência e do tipo de intervenção, individual ou em grupo.

Dentre os 340 hipertensos avaliados por Silva et al. (2013), 32,6% eram acompanhados pela ESF e 89,1% apresentaram adesão/vínculo satisfatórios. Esses fatores foram relacionados ao acolhimento, à escuta, às ações resolutivas e práticas humanizadas promotoras da empatia a entre o usuário e o profissional de saúde, de modo a facilitar a adesão ao projeto terapêutico e o sucesso do tratamento. Nos resultados dos estudos de Ribeiro et al. (2011), constatou-se que cinco meses de intervenção foram insuficientes para a incorporação das mudanças no comportamento de saúde e alimentação em longo prazo.

Daniel e Veiga (2013) reportaram que esses são fatores facilitadores, além da compreensão da doença e do tratamento pelo paciente, a anotação dos horários das tomadas dos remédios e o apoio da família. Por esses motivos, afirmaram que a promoção da educação e o conhecimento dos pacientes hipertensos, pela equipe de saúde, são fundamentais.

Giroto et al. (2013), ao avaliarem 385 hipertensos, de 20 a 79 anos, cadastrados em uma unidade de saúde da família de Londrina, no Paraná, encontraram que a escolaridade mostrou-se associada apenas à adesão ao tratamento não farmacológico, e a maior escolaridade mostrou associação positiva com a atividade física. Ressaltaram que as equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na adoção de

medidas de promoção à saúde e no atendimento aos hipertensos, pois as estratégias utilizadas por essas equipes refletem diretamente na demanda dos serviços e nas condições de saúde dos usuários e da comunidade.

Em estudo transversal, realizado com 422 indivíduos para verificar os fatores associados a não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva, Barreto, Reiners e Marcon (2014) encontraram farmacoterapia complexa, conhecimento insatisfatório sobre a doença e insatisfação com o serviço de saúde. Dos 145 hipertensos avaliados no estudo de Gewehr et al. (2018), os fatores relacionados com a diminuição da adesão foram a baixa renda, utilização de dois ou mais anti-hipertensivos e dificuldades para ler a embalagem dos medicamentos, evidenciando a importância da organização e do planejamento da equipe para a organização do cuidado a esses usuários, incluindo o acompanhamento farmacoterapêutico.

Em estudo transversal com 417 pessoas em tratamento da hipertensão arterial, residentes em um município localizado no noroeste do estado do Paraná, Rêgo e Radovanovic (2018) evidenciaram que as pessoas com acompanhamento inadequado avaliaram a relação entre profissional/usuário e a orientação quanto às medicações em uso, como insatisfatório. Entre os fatores apontados pelos participantes, o acompanhamento periódico da pessoa com HAS pelo mesmo profissional possibilita a aproximação entre ambos e proporciona melhor adesão e participação ao tratamento.

1.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica cuja prevalência no Brasil é, na população adulta, de 32,5%; é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Acarreta um significativo aumento do risco de eventos cardiovasculares, em curto ou longo prazo, sendo considerada, portanto, um problema de saúde pública. Os maus hábitos de vida, como a obesidade e sedentarismo aumentam a prevalência da doença na população mais jovem e dificultam o tratamento não medicamentoso do doente, imprescindível para o controle pressórico e aumento da sobrevida. (MALACHIAS et al., 2017). Na população idosa, o tratamento medicamento torna-se ainda mais complexo, devido à polifarmácia, utilização irregular das medicações e falta de cuidadores para auxiliar no manejo das medicações.

Um dos grandes agravos para a má adesão medicamentosa é a falta de informação, orientação e conhecimento do doente sobre sua doença. O processo de educação em saúde ainda é falho em muitas regiões do país, acarretando falta de compreensão do doente e má adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida.

O impacto da adesão abaixo do ideal, em uma perspectiva global, revelou que ocorreram, aproximadamente, 56,4 milhões de mortes em 2015. Aproximadamente 70% das mortes em todo o mundo foram atribuídas a doenças não transmissíveis, incluindo hipertensão, com 75% dessas mortes ocorrendo em países de baixa/média renda. As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 45% dos óbitos, devido às doenças não transmissíveis com hipertensão não controlada, o principal fator de risco (GHO, 2020).

Por ser de natureza assintomática e crônica, o doente não sente instantaneamente os malefícios da não adesão ao tratamento, até que ocorra um evento cardiovascular; logo, essa deve ser incessantemente estimulada. Deve-se, assim, identificar os fatores de vulnerabilidade do tratamento para criar estratégias de educação em saúde para estimular a adesão medicamentosa e não medicamentosa do tratamento, aumentando a qualidade de vida e a sobrevivência do doente.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

- Desenvolver estratégias de educação em saúde com ênfase na adesão do tratamento da hipertensão arterial dos pacientes da UBS Laranjeiras, Marabá, Pará.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os principais obstáculos às estratégias de educação em saúde na UBS Laranjeiras;
- Estimular a adesão às estratégias de educação em saúde pelos pacientes;
- Incentivar o início da prática de atividade física regular nos pacientes hipertensos da UBS Laranjeiras;
- Incentivar a redução do peso nos pacientes hipertensos da UBS Laranjeiras que estejam acima do recomendado para a saúde.

3. METODOLOGIA

3.1 Implicações Éticas

O estudo atende às determinações dos preceitos da Declaração de Helsinque, do Código de Nuremberg e respeita as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes comprometem-se em manter o caráter confidencial das informações e a privacidade dos pacientes por meio de assinatura do termo de compromisso para utilização de dados.

3.2 Delineamento do Estudo

O projeto de intervenção será fundamentado no modelo de Planejamento Estratégico Situacional (PES), realizado no módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010); nesse, identificou-se, por meio de diagnóstico situacional, os principais problemas da área de abrangência para a realização de medidas de operações como tentativas de mudanças no cenário analisado.

A primeira operação (OP.1) será composta por meio de visitas domiciliares voltadas para orientação sobre armazenamento e horários de tomada das medicações. Os agentes comunitários de saúde, responsáveis por essa operação, selecionarão previamente os domicílios e marcarão os dias das visitas. Nessas, o médico e o técnico de saúde identificarão os principais erros de armazenamento, organização e utilização das medicações e discutirão com o paciente a melhor forma de reorganização e de controle. Um questionário bem estruturado será utilizado para abordar o objetivo do estudo, com informações referentes à demografia, educação, estilo de vida, medicação e adesão, conscientização, mensuração da pressão arterial e histórico familiar de HAS para cada sujeito.

Posteriormente (OP.2), serão realizadas palestras semanais no auditório do posto de saúde Laranjeiras, com um nutricionista da rede municipal de saúde para orientações básicas de alimentação balanceada, voltadas para o paciente hipertenso. A palestrante utilizará de Datashow e point laser. As palestras contarão

com a participação e apoio de todos os integrantes da equipe. O enfermeiro responsável pela operação fará a divulgação do evento. Ao final de cada palestra, será aberto momento para tirar dúvidas e conversa com os pacientes com um *coffee-break*.

O tripé de operações contará, por fim, com a ação realizada por um educador físico (OP.3). O local de realização será amplo para realização de atividades de alongamento e aeróbicos comandadas pelo educador físico, o qual discursará sobre a importância da atividade física no tratamento da hipertensão arterial. O responsável por essa operação será o médico, que também participará da discussão, apontando as principais mudanças de estilo de vida.

Como proposta de demanda de operações, será a realizada reunião com a coordenadora da atenção básica para sugestão de regularizar os atendimentos do nutricionista para os pacientes hipertensos da área de abrangência e ocorrerá na sede da Secretaria de Saúde, na hora combinada por ambas as partes.

3.3 População de Estudo

Serão incluídos no estudo os pacientes hipertensos cadastrados na área e que comparecerem às atividades propostas no projeto.

3.4 Variáveis do Estudo

Serão analisadas as seguintes variáveis: portador de HAS, gênero, faixa etária, sedentarismo, escolaridade.

3.5 Análise Estatística dos Dados

Para a análise estatística serão aplicados métodos estatísticos descritivos, por meio de tabelas e gráficos, tendo como principal objetivo descrever e reduzir os dados para que se tenha uma caracterização e uma melhor visualização desses dados de forma clara e objetiva. Todo o processamento estatístico será realizado sob o suporte computacional do *software* Minitab e Microsoft Office Excel® 2013.

3.6 Cronograma de Atividades

OPERAÇÃO/AÇÃO	2020				
	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho
OP.1	X				
OP.2		X	X	X	
OP.3			X	X	X

3.7 Orçamento

OPERAÇÃO/AÇÃO	ITEM	QUANTIDADE	R\$ unid.	R\$ ação
1. OP1	Papel	1 bloco	10,00	10,00
	Água mineral	10 unid.	2,50	25,00
2. OP2	Frutas	20 unid.	4,00	80,00
	Água	20 litros	1 unid.	10,00
3. OP3	Água mineral	20 litros	1 unid.	10,00
Total				135,00

4. RESULTADOS

Este projeto de intervenção tem o tempo previsto para a avaliação dos resultados a ser realizado em março/2020 (cinco meses). O desfecho primário será a mudança na proporção de indivíduos com pressão arterial normalizada após a intervenção em educação em saúde. Outros desfechos incluirão alterações no conhecimento relacionado à hipertensão, estilo de vida, antropométrico, bioquímico (lipídios séricos) e parâmetros clínicos.

Espera-se que as oficinas interativas de educação possam ser uma estratégia eficaz na promoção da saúde dos pacientes hipertensos atendidos na UBS Laranjeiras, melhorando seu conhecimento sobre a doença, adesão eficaz à utilização regular de medicamentos, ingestão adequada de sal e prática de atividade física regular, aliviando fatores de risco clínicos para prevenir complicações a ela relacionadas.

5. DISCUSSÃO

A hipertensão é um grande problema de saúde em todo o mundo; é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (MALACHIAS et al., 2017). É um dos problemas de saúde pública mais importantes do mundo e um importante fator de risco modificável para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A adoção de estilos de vida saudáveis por todos os indivíduos é fundamental para a prevenção da pressão alta e é uma parte indispensável do manejo daqueles com hipertensão. A hipertensão não controlada está associada ao alto risco de desenvolvimento de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, retinopatia e doença vascular periférica (MALACHIAS et al., 2017).

Fatores como biossociais e culturais, bem como a processos comportamentais de adaptação e de compreensão da doença e do tratamento foram citados como falta de adesão ao tratamento Lima, Meiners e Soler (2010) não encontram diferença na adesão de acordo com o estado civil. Silva et al. (2013) não encontraram associação entre escolaridade e adesão. Contrariamente, Giroto et al. (2013) afirmaram que a maior escolaridade está relacionada a maior adesão. Silva et al. (2013) também afirmaram que, quanto maior a burocracia menor a adesão ao tratamento farmacológico e que maior organização do serviço de saúde está relacionado a maior adesão.

Entretanto, o manejo da hipertensão e a prevenção e tratamento de complicações importantes relacionadas a ela continuarão sendo um desafio global para os profissionais de saúde, que podem desempenhar um papel importante na redução da pressão arterial. É importante que os pacientes entendam os benefícios, que incluem uma redução em muitas complicações. Por isso, estratégias educativas têm sido propostas. Um estudo demonstrou que as intervenções educacionais aumentaram os níveis de conhecimento dos participantes sobre hipertensão e tiveram uma influência positiva em suas crenças sobre medicamentos (MAGADZA; RADLOFF; SRINIVAS, 2009). Para esses autores, intervenções educacionais criam oportunidades para os pacientes entenderem melhor suas condições e o papel das terapias. Por meio da educação, os equívocos que têm podem ser esclarecidos, pois suas crenças sobre medicamentos não são estáticas e, às vezes, devem-se ao mal-entendido sobre o papel da terapia medicamentosa. Dessa forma, essas intervenções podem modificar positivamente as crenças dos pacientes, o que, por

sua vez, pode levar a uma mudança no comportamento do paciente. Para Giroto et al. (2013), o trabalho em grupo pode contribuir para uma concepção mais ampliada de saúde. As oficinas ou grupos de trabalho são ferramentas que podem complementar as ações individuais promovidas pelos serviços de saúde, possibilitando aos pacientes o compartilhamento de experiências e vivências de saberes e práticas para facilitar a escuta, o acolhimento e o vínculo com os profissionais de saúde. Da mesma forma, Barreto et al. (2015) consideraram que as ações que podem garantir maior efetividade na adesão ao tratamento medicamentoso são o desenvolvimento de atividades educativas sobre a doença e o tratamento, com uma linguagem acessível, o que acarreta em participação mais ativa dos usuários e sua convivência saudável com a terapêutica.

As revisões Cochrane são reconhecidas como um padrão-ouro em cuidados de saúde com base em evidências. Uma revisão da Cochrane (GLYNN et al., 2010) demonstrou que existem muitas categorias de intervenções que, isoladamente ou em uníssono, têm o potencial de reduzir a pressão arterial em pacientes com hipertensão. Nessa revisão, foram examinadas intervenções educacionais direcionadas ao paciente e ao médico (as intervenções tiveram como objetivo melhorar o controle da pressão arterial ou do atendimento clínico e foram classificadas em automonitoramento, intervenções educacionais direcionadas ao paciente, intervenções educacionais direcionadas ao profissional de saúde, cuidados de saúde cuidados liderados pelos profissionais, intervenções organizacionais que visavam melhorar a prestação de cuidados, sistemas de lembrete de consulta; no entanto, o foco da revisão e do protocolo não foi a intervenção educacional sozinha. Intervenções educacionais aos profissionais de saúde ou aos pacientes não pareciam estar associadas a grandes reduções líquidas da pressão arterial, mas eram recomendadas como uma terapia adicional complementar, juntamente com outros tipos de intervenções.

Para a educação dos pacientes, dos familiares e dos cuidadores sobre hipertensão, suas consequências e os possíveis efeitos adversos dos medicamentos anti-hipertensivos é fundamental o vínculo entre o médico e o paciente. Para Rêgo e Radovanovic (2018), o acompanhamento periódico pelo mesmo profissional possibilita a aproximação entre ambos, proporcionando melhor adesão e participação ao tratamento. Complementando, Silva et al. (2013) referiram que uma boa adesão não se limita ao comparecimento a consultas ou à correta utilização de

medicação e que o vínculo deve ser considerado mais do que a adstrição a um serviço ou inscrição formal em um programa, pois significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível. Por isso, Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) enfatizaram que, durante o atendimento, é necessário que haja empatia entre o usuário e o profissional de saúde, e isso poderá garantir a adesão ao projeto terapêutico e ao sucesso do tratamento. Já, para Barreto et al. (2015), encontros/consultas frequentes propiciam melhor monitorização dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso às informações, podendo servir de base para o cumprimento das orientações diante do tratamento medicamento ou não. Em outro estudo, Barreto, Reiners e Marcon (2014) apontaram que o acesso ao sistema de saúde tem sido relevante na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Nesse sentido, salientaram que as políticas de saúde, a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde e a qualidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais e gestores influenciam diretamente o processo da adesão.

Esse vínculo com os pacientes foi apontado por Girardi et al. (2016) como evidências do impacto positivo do Programa Mais Médicos, no Brasil, e sua potencialidade em diagnosticar doenças, aprimorando e tratando casos específicos e sensíveis à atenção primária à saúde (APS), como a hipertensão arterial. Assim, foi esse trabalho vivo que começou a ditar a alma dos serviços de saúde, onde estão alocadas equipes desses médicos e onde o conhecimento técnico-científico, de forma estruturada, foi disponibilizado como uma das alternativas, levando em consideração a vontade, entendimento e vivência daqueles que necessitam de cuidado e atenção.

Para que as estratégias em educação sejam alcançadas por esses profissionais, o trabalho com vínculo e compromisso aprimora o ato de cuidar, criando uma conexão entre as necessidades individuais e as dimensões sociais dos pacientes, estimulando equipes e profissionais a mudarem práticas, começando com o ato de abraçar os usuários e suas famílias, conforme proposto por Rêgo e Radovanovic (2018), que enfatizaram que movimentos de acesso expandidos levaram os usuários as “suas histórias”, impedindo-os de serem apenas espectadores de seus cuidados; esse fator foi determinante para os médicos efetivamente prestarem cuidados prolongados, buscando resultados com base na ênfase em promover uma vida mais saudável e prevenir doenças primárias ou mesmo secundárias àquelas que já possuem uma vida anterior.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de algumas limitações, como a implantação do programa, a necessidade de apoio da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor da UBS Laranjeiras, mensagens importantes emergem dessa proposta de intervenção. A prestação eficaz de cuidados hipertensivos requer uma abordagem sistemática na comunidade, incorporando uma revisão regular dos pacientes e a disposição de intensificar o tratamento medicamentoso anti-hipertensivo. Assim, mesmo com todos os desafios a serem enfrentados, os médicos e suas equipes da UBS Laranjeiras podem encontrar formas viáveis de implementar ferramentas de gestão de cuidados, o que permite uma aproximação dos preceitos da atenção primária à saúde.

O ponto forte deste projeto, com estratégias educativas, farmacológicas ou não, como mudanças no estilo de vida, promoção de atividades físicas, monitoramento da pressão, visitas domiciliares e, principalmente, humanização/acolhimento no atendimento é de que o médico possa tomar decisões na prática clínica, que os pacientes possam entender melhor suas condições e o aumento da conscientização sobre a progressão e a complicação da doença.

A educação em saúde pode resultar em modificações no estilo de vida e aumentar a adesão a medicamentos anti-hipertensivos para melhorar o controle efetivo da pressão arterial.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. C.; DIAS, D. J.; DEGUCHI, K. T. et al. Prevalence and treatment of hypertension in urban and riverside areas in Porto Velho, the Brazilian Amazon. **Postgrad Med**, London, v. 127, n. 1, p. 66-72, Jan 2015.

BARRETO, M. S.; CREMONESE, I. Z.; JANEIRO, V. et al. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 60-67, jan/fev 2015.

BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev Latino-Am**, v. 22, n. 3, p. 484-490, maio/jun 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CAREY, R. M.; MUNTNER, P.; BOSWORTH, H. B.; WHELTON, P. K. Prevention and control of hypertension: JACC Health Promotion Series. **J Am Coll Cardiol**, New York, v. 72, n. 11, p. 1278-1293, Sep 2018.

DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão à medicação em pacientes hipertensos. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 331-337, jul/set 2013.

GEWEHR, D. M.; BANDEIRA, V. A. C.; GELATTI, G. T. 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/mar 2018.

GHO. Global Health Observatory data. **NCD mortality and morbidity**. Disponível em: < https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/>. Acesso em: 16 jan 2020.

GIRARDI, S. N.; STRALEN, A. C. S. V.; CELLA, J. N. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, set 2016.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, jun 2013.

GLYNN, L. G.; MURPHY, A. W.; SMITH, S. M. et al. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, Mar 2010, v. 3:CD005182.

LIMA, T. M.; MEINERS, M. M. M. A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v. 1, n. 2, p. 113-120, 2010.

- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Spe, 1, p. 18-37, set 2018.
- MAGADZA, C.; RADLOFF, S. E.; SRINIVAS, S. C. The effect of an educational intervention on patients' knowledge about hypertension, beliefs about medicines, and adherence. **Res Social Adm Pharm**, New York, v. 5, n. 4, p. 363-375, Dec 2009.
- MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F. L. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1-91, 2017.
- MARKS, R.; ALLEGRANTE, J. P.; LORIG, K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). **Health Promot Pract**, Thousand Oaks, v. 6, n. 2, p. 148-156, Apr 2005.
- MENDES, T. A. B.; GOLDBAUM, M.; SEGRI, N. J. et al. Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city, Brazil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2275-2286, Nov 2013.
- MINELLI, C.; BORIN, L. A.; TROVO, M. C.; REIS, G. C. Hypertension prevalence, awareness and blood pressure control in Matao, Brazil: a pilot study in partnership with the Brazilian family health strategy program. **J Clin Med Res**, Québec, v. 8, n. 7, p. 524-530, jul 2016.
- MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-26, mar 2011.
- RASELLA, D.; HARHAY, M. O.; PAMPONET, M. L. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, London, p. 1-11, Jul 2014. doi: 10.1136/bmj.g4014.
- RÊGO, A. S.; RADOVANOVIC, C. A. T. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1030-1037, maio/jun 2018.
- RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; SILVA, L. S. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev Nutr**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 271-282, mar/abr 2012.
- RIBEIRO, A. G.; RIBEIRO, S. M.; DIAS, C. M. et al. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**, London, v. 10, p. 1-10, Aug 2011,. doi: 10.1186/1471-2458-11-637.

SILVA, C. S.; PAES, N. A.; FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 584-590, jun 2013.

SOUSA, A. L. L.; BATISTA, S. R.; SOUSA, A. C. et al. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial em idosos de uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 112, n. 3, p. 271-278, 2019.

STANAWAY, J. D.; AFSHIN, A.; GAKIDOU, E. et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **Lancet**, London, v. 392, n. 10159, p. 1923-1994, Nov 2018.

VRIJENS, B.; DE GEEST, S.; HUGHES, D. A. et al. ABC Project Team. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. **Br J Clin Pharmacol**, Oxford, v. 73, n. 5, p. 691-705, May 2012.

WHELTON, P. K.; CAREY, R. M.; ARONOW, W. S. et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Circulation**, Hagerstown, v. 138, n. 17, p. e426-e483, Oct 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Genebra: WHO, 2003.