

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Naiara de Almeida Queiroz Santana

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR ADESÃO DE PACIENTES
COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS AO TRATAMENTO
PRESCRITO**

Lassance – Minas Gerais

2022

Naiara de Almeida Queiroz Santana

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR ADESÃO DE PACIENTES
COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS AO TRATAMENTO
PRESCRITO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Lassance– Minas Gerais

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON- NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 21 dias do mês de outubro de 2022, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família - (CEESF) se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **NAIARA DE ALMEIDA QUEIROZ SANTANA** intitulado "**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR ADESÃO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS AO TRATAMENTO PRESCRITO**", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Estratégia Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Profa. Dra. MARIA RIZONEIDE NEGREIROS DE ARAUJO e Profa. Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE. O TCC foi aprovado com a nota 90.

Esta folha de aprovação foi homologada pela Coordenação do CEESF no dia vinte um do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e dois e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 29 de novembro de 2022.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 05/12/2022, às 15:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1927315** e o código CRC **366429C9**.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por permitir alcançar mais esta vitória.

À Prefeitura do município de Lassance e equipe que proporcionou a realização do curso.

Às professoras do curso, pela disponibilidade em nos orientar.

À minha família e aos colegas de trabalho
pela paciência e companheirismo.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública, com elevada taxa de morbimortalidade, principalmente na população idosa, por ser uma doença multifatorial que pode levar à incapacidade, acarretar internações hospitalares e custos elevados para o tratamento. É, portanto, importante o monitoramento pelo serviço de saúde e mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida, por parte do portador de hipertensão. Este trabalho tem por objetivo elaborar um plano de intervenção para reduzir a baixa adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos residentes no município de Lassance. Para a fundamentação teórica do plano foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados d Biblioteca Virtual em Saúde e em publicações do Ministério da Saúde. O plano de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que as ações programadas sejam capazes de contribuir na melhoria da qualidade do acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e subsequentemente, reduzir a taxa de morbimortalidade dos portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Descritores: Hipertensão. Adesão à medicação. Fatores de risco.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a public health problem, with a high rate of morbidity and mortality, especially in the elderly population, because it is a multifactorial disease that can lead to disability, lead to hospital admissions and high costs for treatment. Therefore, monitoring by the health service and changes in eating habits and lifestyle by the hypertensive patient is important. This work aims to develop an intervention plan to reduce low adherence to treatment by hypertensive patients residing in the municipality of Lassance. For the theoretical foundation of the plan, bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library and in publications of the Ministry of Health. The intervention plan was prepared following the steps of situational strategic planning. It is expected that the programmed actions will be able to contribute to the improvement of the quality of the follow-up of patients with systemic arterial hypertension and, subsequently, to reduce the morbidity and mortality rate of patients with systemic arterial hypertension.

Keywords: Hypertension. Medication adherence. Risk factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Dr. Carlos Chagas do município de Lassance, estado de Minas Gerais, 202119
- Quadro 2** – Número de hipertensos cadastrados no município e os fatores de risco associados extraídos do Banco de Dado do município de Lassance, estado de Minas Gerais, 2021.....27
- Quadro 3** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Número expressivo de pessoas hipertensas com dificuldade de seguir o tratamento prescrito”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Dr. Carlos Chagas, do município Lassance, estado de Minas Gerais.....30
- Quadro 4** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Número expressivo de pessoas hipertensas com dificuldade de seguir o tratamento prescrito”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Dr. Carlos chagas, do município Lassance, estado de Minas Gerais.....31
- Quadro 5** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Número expressivo de pessoas hipertensas com dificuldade de seguir o tratamento prescrito”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Chagas, do município de Lassance, estado de Minas Gerais.....32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEAE	Centro de Atenção Especializada
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RENAME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Aspectos gerais do município.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde.....	13
1.3 Aspectos da comunidade.....	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Chagas.....	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Chagas da Unidade Básica de Saúde Lassance.....	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dr. Carlos Chagas.....	17
1.7 O funcionamento da Unidade Básica de saúde da Equipe Dr. Carlos Chagas...	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	18
1.9 Estimativa rápida: problemas de saúde para o plano de intervenção (segundo passo).....	18
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVOS.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	23
5.1 Hipertensão.....	23
5.2 Adesão a medicação.....	25
5.3 Fatores de risco.....	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	27
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quarto passo).....	29
6.4 Desenho das operações sobre o nó – operações, projeto, resultados e produtos esperados e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Lassance é um município mineiro, localizado na macrorregião Norte e microrregião de Pirapora, e fica a 263 km da capital do Estado. Limita-se com os municípios de Várzea da Palma, Corinto, Três Marias, Buritizeiro, Buenópolis, Augusto de Lima, Joaquim Felício, Francisco Dumont. Possui área territorial de 3.204.217 km². Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população do município era de 6.484 pessoas, densidade demográfica de 2,02 habitantes/ km²; o seu Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* em 2010 era de R\$ 19.381,14, e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,629 (IBGE, 2021).

A grande extensão territorial do município caracteriza a baixa densidade demográfica. Lassance é composta pela comunidade urbana e pelas comunidades rurais: Brejo, Tira-Barro, Onça, Santa Maria, João Martins, Morada Nova, Barreiro Fundo, Barro Branco, Bebe Água, Bebedouro, Boqueirão, Canabrava Escaramuça, Gameleira, Laranjeiras, Palmeiras, Resfriado e Salobro.

Sua história começa por volta de 1847 quando tropeiros vindos de Montes Claros, Brasiléia, Pirapora e Coração de Jesus fizeram deste local um ponto de parada para descanso. Nesta época Liberato Nunes de Azevedo constrói um rancho, estabelecendo-se região e ao longo do tempo outras famílias fizeram o mesmo. Seu desenvolvimento foi impulsionado pelo prolongamento da estrada de ferro Central do Brasil atingiu a localidade (IBGE, 2021).

Formava-se o povoado chamado de São Gonçalo das Tabocas. Em 1908, com a inauguração da estação da Central, que recebeu o nome de Lassance em homenagem ao chefe de construção - o engenheiro Ernesto Antônio Lassance -, o povoado também passa a ter o nome do engenheiro. É elevado a distrito de Pirapora em 1923 e, em 1953, torna-se município. O topônimo é homenagem prestada ao engenheiro Ernesto Antônio de Lassance Cunha, responsável pela inauguração da estação ferroviária, em 1908 (IBGE, 2021, sp.).

Lassance tornou-se mundialmente conhecida uma vez que foi o local onde a Doença de Chagas, causada pelo protozoário *Tripanossoma Cruzi*, foi identificada

pelo Dr. Carlos Chagas, responsável para cuidar dos trabalhadores da ferrovia, cujo trecho estava sendo construído em Lassance (LASSANCE, 2021).

A economia do município é, principalmente, pela atividade agrícola (café, fumo, mamão, mandioca, milho, banana, uva) que abastece a Central de Abastecimento (CEASA). Ultimamente tem crescido também a produção de cigarro artesanal. O plantio do eucalipto ocupa áreas de reflorestamento com produção de carvão vegetal. A pecuária de corte e as empresas de agronegócio constituem outras fontes de economia. A Prefeitura Municipal constitui uma fonte empregadora para a população além das atividades rurais e dos comércios locais; há também o trabalho informal. De acordo com o IBGE (2021), o salário médio mensal em 2019 era de 1,9 salários-mínimos, sendo 17,8% a proporção de pessoas ocupadas.

No que se refere à área da educação, o município conta com oito escolas municipais e duas estaduais; quatro delas estão situadas no perímetro urbano e seis nas zonas rurais, incluindo nove de ensino fundamental e uma de ensino médio. Uma creche pró-infância está em fase final de construção, que será de grande valia para a cidade, uma vez que as mães terão um lugar seguro para deixar suas crianças pequenas enquanto trabalham e buscam o sustento de todos os dias.

A taxa de escolarização das crianças na faixa etária de 6 a 14 anos de idade, de acordo com o censo de 2010 era de 96,4%. Um aspecto importante é que o analfabetismo vem diminuindo ultimamente como resultados dos cursos de alfabetização realizados (IBGE, 2021).

Quanto às condições ambientais e territoriais, 3,8% dos domicílios contam com esgotamento sanitário adequado, "81,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 1.1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada", ou seja, possuem presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2021, sp.).

Ultimamente o investimento público no município tem aumentado, melhorando as condições de escola, centro de saúde, creche, asilo, centros de fisioterapias, inclusive nas zonas rurais. Igrejas e associações comunitárias desenvolvem algumas iniciativas de trabalho na comunidade, majoritariamente voltadas para crianças, adolescentes e mães, entretanto estas são dispersas e desintegradas.

Os lassancenses conservam hábitos e costumes próprios da população rural brasileira, incluindo comemorações de festas religiosas. Demonstram uma tradição

forte na área cultural, destacando-se as festas tradicionais, como a Folias de Reis, a Festa de São Sebastião, as Festas Juninas e o Forró da cidade, além de suas festas religiosas.

Quanto à questão religiosa, 5.532 pessoas são católicas apostólicas romanas, 781 evangélicas e 20 espíritas, conforme informaram por ocasião do Censo de 2010 (IBGE, 2021).

Na questão do turismo, Lassance conta com a Área de Proteção Ambiental da Serra do Cabral que possui várias cachoeiras e vegetação do cerrado com diversos exemplares preservados. A região do município ainda abrange os rios São Francisco e das Velhas (LASSANCE, 2021).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município oferta apenas atividades da atenção primária à saúde e conta com a retaguarda de serviços de média e alta complexidade de acordo com a pactuação realizada no plano estadual de saúde.

Para a oferta das atividades da atenção primária à saúde o município de Lassance conta com o Centro de Saúde Godofredo Soares Ribas de Menezes e de três Unidades Básicas de Saúde, cada uma com suas equipes completas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários, sendo: Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Carlos Chagas (no Centro da cidade), Unidade Básica de Saúde no Bairro Bela Vista, Unidade Básica de Saúde no Bairro Nova Lassance. Ademais, as comunidades rurais, tais como, Santa Maria, Brejo e Morada Nova também são contempladas com Postos de Saúde para apoio do atendimento das equipes de saúde da família. Totaliza-se, portanto, 100% de cobertura populacional.

O atendimento odontológico é realizado em todas as Unidades Básicas de Saúde e na zona rural, sendo a equipe formada por cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma técnica de saúde bucal, atendendo urgência/demanda espontânea, por agendamentos, prevenção e promoção à saúde. Para os atendimentos de especialidades em odontologia, como canal e extração de terceiro molar é realizado encaminhamento para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de Várzea da Palma, referência da região.

Para suporte as equipes de Saúde da Família contam com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o apoio de nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e profissional de educação física.

No que se refere à média complexidade, são ofertados no município os atendimentos de ortopedia, dermatologia, ginecologia, no Centro de Saúde Godofredo Soares Ribas de Menezes. As demais especialidades são referenciadas para o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) localizado no município de Pirapora, com atendimento de 10 especialidades sendo urologia, ginecologia, obstetrícia, angiologia, nefrologia, cardiologia, endocrinologia, oftalmologia, pediatria e mastologia. Ainda, de acordo com a Programação Pactuada Integrada, o município tem cota programada para os municípios de Belo Horizonte, Curvelo, Montes Claros e Várzea da Palma.

Importante destacar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 1, que conta com equipe multiprofissional com destaque para a atuação médico psiquiatra.

No município tem, ainda, o Centro de Reabilitação Física, com uma sede no centro da cidade, uma na comunidade do Brejo e outra na comunidade de Santa Maria. A assistência fisioterapêutica é realizada por quatro profissionais, principalmente nas áreas de Ortopedia, Neurologia, Pneumologia, Pediatria, Angiologia, Oncologia e Uroginecologia, incluindo atendimento domiciliar. O setor também é responsável pelo encaminhamento de pacientes ao Centro de Órtese e Prótese em Montes Claros, onde os mesmos recebem, de acordo com sua necessidade, próteses e meios auxiliares de locomoção, como andadores e cadeiras de rodas.

Os atendimentos de urgência e emergência são feitos no Centro de Saúde, que possui atendimento contínuo 24h/dia e plantão que inclui sábados, domingos e feriados. Para os casos que necessitam de encaminhamento, por não contar com instituição hospitalar, tem-se o referenciamento principalmente para os municípios vizinhos de Várzea da Palma (Hospital Ataíde Correa), Pirapora (Hospital Moises Magalhaes Freire) e Montes Claros (Hospital Dílson Godinho).

No que se refere ao serviço de apoio diagnóstico, conta com o laboratório municipal onde são realizados exames, além dos dois laboratórios conveniados do

Consortio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco (CISMESF). No próprio município também tem o serviço de Raio X e eletrocardiograma.

A assistência farmacêutica é realizada de forma centralizada na sede da Farmácia de Minas, que conta com farmacêutico e um técnico que é responsável pelo atendimento e dispensação de medicamentos, sendo em média 70 atendimentos por dia. Para os medicamentos de componente especializado da assistência farmacêutica (os de alto custo), são preenchidos processos pelo médico, montados pela farmacêutica municipal e enviados à Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros. Utiliza-se a relação nacional de medicamentos RENAME e relação municipal de medicamentos REMUME (BRASIL, 2020).

No que se refere ao sistema de informação em saúde, o município possui sistema próprio em fase de implantação que é o sistema de informatização VIVVER (prontuário eletrônico) onde estão sendo informatizados todos os serviços da rede de saúde.

No quesito transporte sanitário, o município dispõe de setor e frota de veículos para transportar os pacientes para atendimentos fora do domicílio

Lassance não possui instituição hospitalar, encaminha os pacientes para o município de Várzea da Palma que faz o cadastro no sistema SUS-fácil, ficando o município com acesso ao sistema somente para fazer busca e acompanhamento.

A emissão do cartão de identificação do usuário do SUS é centralizada na Secretaria Municipal de Saúde, com um servidor de referência para tal.

Especificamente sobre a organização dos pontos de atenção, quando o paciente é encaminhado pela atenção primária à atenção secundária, este processo ocorre via relatório médico de encaminhamento, e o paciente busca junto à Secretaria Municipal o atendimento, que pode se dar no próprio município (no caso de algumas poucas especialidades) ou em municípios vizinhos, como o CEAE de Pirapora, o CAPS Infantil e o Centro Mais Vida em Montes Claros, via Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Para os casos de urgência/emergência o primeiro atendimento é realizado no Centro de Saúde (Policlínica). Quando o paciente que não obtém resolutividade nos serviços ofertados, existe um fluxo definido para seu deslocamento para a cidade de

Várzea da Palma, e lá, dependendo do quadro clínico, será encaminhado para outro município que ofereça a especialidade que o mesmo necessita.

Em se tratando da contrarreferência, o paciente geralmente retorna ao município com a guia de atendimento e o plano de cuidado, sendo orientado a procurar a Unidade Básica de Saúde para continuidade do acompanhamento.

De forma geral pode-se considerar que o sistema de saúde apesar de tentar se constituir em rede integrada ainda se encontra incipiente, com vários aspectos que precisam ser trabalhados para funcionamento coerente em rede de atenção à saúde. Ademais, predomina-se o modelo de atenção às condições agudas.

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade atendida na Unidade de Saúde da Família Dr. Carlos Chagas é compreendida por um total de 793 famílias com média de 2469 pessoas cadastradas, representando, uma média três pessoas por família. A maioria dos registrados é trabalhador informal e economicamente ativo, tendo uma renda mensal, o equivalente a 1% do salário-mínimo nacional. Como nas demais UBS a população hipertensa é grande e frequenta o serviço para receber a medicação, que muitas vezes, não faz o uso correto.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Chagas

A Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Chagas, inaugurada há mais de 10 anos, está situada à Avenida Nossa Senhora do Carmo, no Centro da cidade. Funciona em sede própria, para melhor atender a população de 3.500 pessoas.

Apesar de ser uma estrutura nova e o espaço físico seja muito bem aproveitado, irá passar por uma reforma. No momento não conta com sala de reunião, sendo que, na maioria das vezes, a equipe reúne na frente da unidade, embaixo das árvores, ao ar livre, o que é bastante agradável quando faz calor, porém quando chove é um problema.

A população tem muito apreço pela unidade que atualmente está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Chagas da Unidade Básica de Saúde Lassance

A equipe é formada por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um recepcionista, seis agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e uma auxiliar de serviços gerais. Todos trabalhando oito horas diárias. O município sempre padece com a falta de médico que não encontra atrativo para permanecer na cidade e por isso há uma alta rotatividade de médico no município.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dr. Carlos Chagas

A Unidade de Saúde da Família Dr. Carlos Chagas funciona no período da manhã nos horários das 07:00h às 12:00h e no período da tarde das 13:00h às 16:00h, de segunda à sexta-feira, contando com apoio de toda equipe para desenvolver um excelente trabalho.

1.7 O dia a dia da equipe Dr. Carlos Chagas

A equipe de Saúde da Família faz acolhimento todos os dias no período vespertino. Além de atender a demanda espontânea, realiza o acompanhamento programado das pessoas com condições crônicas.

O tempo da equipe atualmente está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea e com o atendimento de saúde bucal, pré-natal, puericultura e atendimento a hipertensos e diabéticos.

A equipe desenvolve semanalmente trabalhos com grupos de hipertensos, diabéticos e com grupos de tabagista e pelo menos uma vez ao mês realizada grupos diversos, como por exemplo, grupos de introdução alimentar às crianças, grupos de gestantes, obesos e hipertensos.

As visitas domiciliares acontecem às quintas-feiras no período matutino ou conforme demanda de cada agente comunitário de saúde (ACS) no meio da semana.

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

Buscando um conhecimento específico da comunidade atendida sobre as características de territorialização, foi realizado o diagnóstico situacional por meio do método da estimativa rápida, sendo possível realizar um levantamento dos principais problemas que afetam a comunidade, para então poder estabelecer os nós críticos do problema priorizado.

Os principais problemas identificados no território foram:

- Elevado número de pessoas hipertensas com dificuldade de seguir o tratamento prescrito;
- Elevado número de alcoólatras;
- Uso indiscriminado de psicotrópicos;
- Consumo excessivo de alimentos com alto teor calórico e baixo valor nutricional, gerando obesidade infantil e do adulto;
- Ausência de contrarreferência por parte de alguns serviços;
- Alto número de pessoas sedentárias.

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

Após a identificação dos problemas torna-se importante classificá-los de acordo com a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados no território da Unidade Básica de Saúde Carlos Chagas. Para destacar a importância do problema foram atribuídos valores como “alto, médio e baixo”; para classificar o grau de urgência foram atribuídas notas de 0 a 10 e a capacidade de enfrentamento foi avaliada levando em consideração a governabilidade da equipe para a intervenção no problema selecionado.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Dr. Carlos Chagas do município de Lassance, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Número expressivo de pessoas hipertensas com dificuldade de seguir o tratamento prescrito	Alta	9	Total	1
Alto número de pessoas sedentárias	Alta	8	Parcial	2
Consumo excessivo de alimentos com alto teor calórico e baixo valor nutritivo.	Alta	8	Parcial	3
Ausência de contrarreferência por parte de alguns serviços.	Alta	5	Parcial	4

Fonte: Autoria Própria (2021)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O problema priorizado para ser abordado foi o “Número expressivo de pessoas hipertensas com dificuldade de seguir o tratamento prescrito”. Assim, visando delimitar melhor o problema para uma atuação mais precisa e eficaz, o foco são as pessoas hipertensas, cadastradas na UBS Carlos Chagas e que demandam por atendimentos.

2 JUSTIFICATIVA

Com o aumento da expectativa de vida, está ocorrendo uma ampliação da população idosa e, conseqüentemente, maior prevalência de agravos e condições crônicas, como exemplo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS). No caso da HAS, observa-se que sua incidência tem relação direta com a idade.

Sabe-se que a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, é fundamental para o sucesso da terapia e melhora dos sintomas que o hipertenso apresenta. Quando se trata de doença de curso assintomático e crônico observa-se que a dificuldade de adesão ao tratamento é maior.

Dentre os fatores envolvidos na adesão insatisfatória ao tratamento anti-hipertensivo observa-se um déficit de conhecimento em relação à doença e ao tratamento não medicamentoso, bem como quando há ausência de sintomas.

Neste sentido justifica-se a preocupação com assistência à saúde dos indivíduos porque a não realização do tratamento, adequadamente, pode ocorrer frequente agudizações e acarretar outras comorbidades que podem levar a sequelas graves

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção para reduzir a baixa adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos residentes no município de Lassance.

3.2 Específicos

Fazer o mapa de atendimento dos pacientes hipertensos para acompanhar os indicadores do Programa Previne

Intensificar as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, para orientação e separação das medicações, bem como, a vigilância quanto o uso dos mesmos.

Realizar palestras e rodas de conversas com os pacientes, visando conscientização dos hipertensos em relação à sua doença e da importância da terapia medicamentosa e não medicamentosa.

4 METODOLOGIA

Foi realizado, inicialmente, o diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida para levantar os principais problemas existentes no território da Unidade Básica de Saúde. A partir da priorização dos principais problemas foi selecionado aquele mais relevante para a elaboração do plano de intervenção. O referido plano foi construído utilizando os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme preconizado por Faria, Campos e Santos (2018).

Para a elaboração do plano de intervenção foi feita revisão bibliográfica, utilizando a base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e publicações do Ministério da Saúde.

A pesquisa bibliográfica foi direcionada pelos seguintes descritores:

- Hipertensão
- Adesão à medicação
- Fatores de risco

Para a redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações da disciplina Iniciação a metodologia: Trabalho de conclusão de curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial

De acordo com Dallacosta, Dallacosta e Nunes (2010, p. 45)

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública e uma das doenças crônicas responsáveis por expressivas taxas de internação, custos elevados com a morbimortalidade associada à doença e comprometimento da qualidade de vida para os portadores.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de progressão lenta possibilitando que muitos dos portadores da doença, somente tomam conhecimento da instalação da doença quando apresentam sintomas, principalmente os cardiovasculares (DALLACOSTA; DALLACOSTA; NUNES, 2010).

Mion Junior (2007) citado por Dallacosta, Dallacosta e Nunes (2010, p. 48) destaca que

[...] fatores de risco para a hipertensão arterial incluem: idade elevada; excesso de massa corpórea, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial; o consumo elevado de bebidas alcoólicas e sódio (sal); nível socioeconômico mais baixo e o sedentarismo. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximadamente 30% maior de desenvolver hipertensão do que os ativos.

A HAS é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e as doenças renais, porém é uma doença de fácil diagnóstico e conta com a existência de tratamento eficaz e com poucos efeitos colaterais. Apesar da eficácia medicamentosa a HAS é uma doença que pode apresentar-se de forma assintomática dificultando a adesão aos cuidados e, em especial, ao tratamento medicamentoso (BARROSO *et al.*, 2021).

O Grupo Hospitalar Conceição (2009) citado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p. 21) diz que

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB).

As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos

É na atenção básica que os profissionais de saúde devem implementar estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle da HAS tendo como princípio fundamental a prática centrada na pessoa e envolvendo tanto o usuário como os cuidadores (BRASIL, 2014).

De acordo com Sharma *et al.* (2004) citado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), a HAS é um dos problemas de saúde mais frequentes enfrentados pelos profissionais que atuam na atenção primária à saúde pelas dificuldades em realizarem o diagnóstico precoce e o monitoramento dos níveis pressóricos dos usuários já diagnosticados.

Segundo Malachias *et al.* (2016) a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença que progride com o envelhecimento e, por se tratar, muitas vezes, de uma condição assintomática, os pacientes negligenciam o tratamento, podendo levar a complicações cardiovasculares. É ainda considerada o principal fator de risco modificável na população idosa.

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

5.2 Adesão à medicação

A adesão ao tratamento da HAS é um grande desafio para os profissionais de saúde, pois para que a adesão ocorra, acredita-se que se o usuário tiver conhecimento sobre o seu estado de saúde e da importância das medidas de controle e do acesso aos serviços de saúde, certamente, a adesão poderá ser mais efetiva (MASCARENHAS *et al.* (2006) *apud* DOURADO *et al.* (2011)).

Para a World Health Organization (2002) citado por Luz *et al.* (2021, p. s/n)

O controle da HAS está diretamente relacionado ao nível de adesão ao tratamento, definido como o grau em que o comportamento de uma pessoa, representado pela ingestão dos medicamentos, seguimento da dieta e mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações do médico ou outro profissional de saúde.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) citado por Demoner, Ramos e Pereira (2012) afirmam que a HAS constitui uma doença de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança no estilo de vida e participação ativa do cidadão na terapêutica medicamentosa e não medicamentosa. Quando o paciente tem conhecimento a respeito da importância da adesão e dos fatores a ela relacionados podem facilitar as ações facilitadoras de uma maior aderência.

Segundo Demoner, Ramos e Pereira (2012, p.33)

Um dos fatores associados à baixa adesão foi a falta de compreensão do paciente às recomendações da equipe de saúde. O fato deve ser considerado, pois as recomendações necessárias podem não estar sendo transmitidas em uma linguagem compreensível ou haver um conhecimento insuficiente sobre a doença e a gravidade de suas complicações, de modo a não considerarem as recomendações com a devida seriedade [...]. A adoção de estratégias educativas com vistas à adesão do paciente torna-se importante, não obstante requeira paciência e dedicação por parte do profissional. A educação para a saúde trará resultados satisfatórios na proteção e promoção da saúde, tornando indivíduos mais saudáveis, contribuindo na redução dos riscos de doenças cardiovasculares e renais nos hipertensos e conseqüentemente diminuindo o número de debilidades e óbitos, além de medidas preventivas e de hábitos saudáveis que melhoram a qualidade de vida da população e reduzem gastos (DEMONER; RAMOS; PEREIRA 2012, p.33).

5.3 Fatores de risco

Existe um grande número de fatores ligados à evolução e à gravidade da HAS. Entre esses fatores destacam-se: gênero, idade, alimentação com excesso de sal, tabagismo, obesidade, uso de bebida alcoólica e sedentarismo (MALACHIAS, *et al.*, 2016).

Feng *et al.* (2012) citado por Rodovanovic (2014, p.551) destacam que

A prevalência da obesidade tem aumentado em todo o mundo e é considerada importante fator de risco para a HAS. Estudo realizado no Norte da China descreve que o IMC aumentado está fortemente ligado à hipertensão, mas esse indicador representa o peso total do corpo, sendo incapaz de distinguir entre o excesso de tecido adiposo e a alta massa muscular.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial- 2020 (BARROSO *et al.*, 2021) dentro os fatores clássicos para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica encontram-se a idade, sexo, etnia, sobrepeso/obesidade, entre outros. Esses autores destacam que 65% dos indivíduos com mais de 60 anos apresentam HAS e em relação ao sobrepeso/obesidade há uma relação linear entre excesso de peso e aumento da pressão arterial.

Martins *et al.* (2015) comentam que o estilo de vida sedentário junto com outros fatores de risco certamente poderá contribuir para a elevação da pressão arterial, podendo, a longo prazo, desenvolver a hipertensão arterial sistêmica. O sedentarismo é destacado na literatura como um dos fatores de risco associado as doenças cardiovasculares

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “número expressivo de pacientes idosos hipertensos com dificuldade de seguir o tratamento prescrito”, para

o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Por meio do quadro a seguir e os números trazidos é possível identificar algumas questões que apontam que sem sombra de dúvidas a hipertensão e fatores associados/correlatos é uma questão importante no município de Lassance:

Quadro 2 – Número de hipertensos cadastrados no município e os fatores de risco associados extraídos do Banco de Dado do município de Lassance, estado de Minas Gerais, 2021

Descrição	Números	Fontes
Hipertensos cadastrados	1.381	e-SUS
Pessoas que tiveram infarto	40	e-SUS
Pessoas com doença cardíaca	173	e-SUS
Fumantes	608	e-SUS
Diabéticos	312	e-SUS
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	242	e-SUS
Auto declaração acima do peso e obesidade	799	e-SUS

Fonte: <https://esus.saude.gov.br/relatorios>, 2021

De acordo com registros da Atenção Básica muitos pacientes apresentam dificuldades para a adesão ao tratamento e tem fatores associados que aumentam ainda mais a probabilidade de complicações cardiovasculares, sendo, inclusive, um dos fatores diretamente relacionados aos óbitos.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Normalmente o usuário portador de doenças crônicas é um constante frequentador da unidade básica de saúde, buscando renovação de receitas, consulta de acompanhamento, verificação da pressão arterial, atendimento para a agudização de sua condição crônica, entre outras situações. Porém, muitas dessas visitas podem estar relacionadas a não adesão ao tratamento prescrito, situação essa que pode ocorrer por vários fatores.

A questão é complexa, pois não se trata somente de seguir o que foi indicado pelo médico. A adesão ao tratamento engloba fatores socioeconômicos, questões relacionadas com o tratamento, com o paciente e sua compreensão sobre os benefícios, aceitação de uma eventual mudança no seu estilo de vida, a própria doença e até, eventualmente, aspectos referentes ao sistema de saúde.

A dificuldade na manutenção da pressão arterial dos hipertensos, de forma continuada, está na dificuldade de adesão desses pacientes as terapêuticas medicamentosas e as não medicamentosas.

Dentre os fatores envolvidos na adesão insatisfatória ao tratamento anti-hipertensivo observa-se o déficit de conhecimento em relação à doença e ao tratamento não medicamentoso, bem como, a ausência de sintomatologia. É comum observar que alguns pacientes apenas usam os medicamentos quando pensam que a pressão está elevada, como por exemplo, quando estão com cefaleia, náuseas ou quando passam uma situação estressora. Alguns abandonam o uso do fármaco quando a pressão está controlada pela impressão de que estão curados.

Os efeitos colaterais do tratamento farmacológico instituído, como tosse e disfunção erétil também são questões diretamente vinculadas a não adesão ao tratamento, bem como o desgosto de ter de tomar remédios continuamente, a dificuldade de seguir os horários da ministração de medicamentos pela rotina diária e a necessidade de consultas médicas periódicas para fornecimento de prescrições.

Não se pode deixar de mencionar as dificuldades financeiras, tanto pela falta de medicamento gratuito no serviço de saúde, em alguns casos, quanto pela relação a adesão de hábitos mais adequados de vida.

Ainda, é importante destacar as modificações no estilo de vida. Em vários casos nota-se que a dieta hipossódica é difícil de ser seguida, principalmente pelo fato de os

familiares terem de se habituar a ela. A realização regular de atividade física é outra prática não muito seguida.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados com a dificuldade de adesão ao tratamento:

- Baixo nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica;
- Hábitos e estilo de vida inadequados;
- Falta de apoio da família para seguir a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa

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

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

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “**Número expressivo de pessoas hipertensas com dificuldade de seguir o tratamento prescrito**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Dr. Carlos Chagas, do município Lassance, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica
6º passo: operação (operações)	Aumentar o nível de conhecimento sobre hipertensão
6º passo: projeto	Saber Mais. Paciente, família e cuidadores mais informados sobre a hipertensão arterial sistêmica sobre o que é, as causas, sintomas, tratamento, cuidados e complicações.
6º passo: produtos esperados	Portadores de HAS, com a Pressão Arterial controlada e fazendo uso da terapêutica medicamentosa de forma correta Portadores de HAS participando de atividades físicas. Portadores de hipertensão mapeados para ajudar no acompanhamento dos indicadores do Programa PREVINE. Hipertensos acompanhados pelos Agentes Comunitários de Saúde por meio das visitas domiciliares com vistas a melhorar a adesão as condutas terapêuticas
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento da equipe sobre os problemas do não seguimento da terapêutica medicamentosa pelos hipertensos. Financeiro: Aquisição de material educativo para desenvolvimentos das ações e para suprimento de medicamentos para a farmácia. Político: Buscar parcerias, mobilização social, disponibilização de local para as atividades de grupo e recursos médicos para as referências de especialidades.
7º passo: viabilidade do plano-recursos críticos	Cognitivo: uso da medicação somente na presença de sintomas Político: Ampliar a mobilização social, parcerias com outros profissionais, Financeiro: Aquisição de material educativo para desenvolver ações, aquisição de medicamentos para a farmácia
8º passo: controle dos recursos críticos- ações estratégicas	O envolvimento dos profissionais da saúde, em especial, dos enfermeiros na educação em saúde e conscientização dos hipertensos em relação à sua doença e terapia medicamentosa e não medicamentosa é essencial para obter uma melhor adesão ao tratamento
9º passo: acompanhamento do plano responsáveis e prazos	Os responsáveis pela execução do plano: enfermeiro, nutricionista, profissional de educação física e o médico. O prazo para essas ações será de imediato
10º passo gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	As ações são monitoradas pela enfermeira da ESF, de forma contínua e permanente, para discussão dos impactos das ações implantadas e avaliação contínua para melhor adequação das ações

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Número expressivo de pessoas hipertensas com dificuldade de seguir o tratamento prescrito”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Dr. Carlos chagas, do município Lassance, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Hábitos e estilo de vida inadequados
6º passo: operação (operações)	Mais orientações sobre a hipertensão arterial e complicações que podem ocorrer.
6º passo: projeto	Viver com saúde: Promover o conhecimento da população hipertensa e riscos da falta do tratamento, Adequação de tratamento comprometimento dos agentes comunitários de saúde, profissionais e familiares
6º passo: resultados esperados	Diminuição do número de pessoas sedentárias. Melhoria dos hábitos alimentares na população. Diminuição dos hábitos tóxicos, melhoria do processo de trabalho e acompanhamento dos usuários.
6º passo: produtos esperados	Participação dos hipertensos no programa da caminhada orientada, maior adesão a alimentação saudável, maior adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o uso adequado dos serviços especializados e emprego de referências. Financeiro: Folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados: alimentação, caminhadas e hábitos saudáveis de alimentação Político: Parceria, mobilização social, disponibilização de materiais
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre o uso adequado dos serviços. Político: Articulação entre os setores assistenciais da saúde. Financeiro: aquisição de materiais educativos relacionados com hipertensão e hábitos de alimentação e melhoria do estilo de vida.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Enfermeira e nutricionista (motivação favorável) Reuniões com membros da equipe de saúde.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Realização de atividade física semanal com orientação, acompanhamento do profissional de educação física e palestras mensais com a nutricionista sobre alimentação saudável.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	As ações serão monitoradas pela enfermeira da ESF, de forma contínua e permanente, para discussão dos impactos das atividades implementadas e para melhor adequação das atividades.

Fonte: autoria própria (2021)

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Número expressivo de pessoas hipertensas com dificuldade de seguir o tratamento prescrito”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Chagas, do município de Lassance, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Falta de apoio da família para seguir a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa
6º passo: operação (operações)	Aumentar o nível de conhecimento do paciente e família sobre a doença a importância do cuidar, mesmo sem apresentar sintomas. Adesão a medicações.
6º passo: projeto	Família junto: Ter dados mais reais e atuais para uma análise correta da situação do paciente, disponibilidade de medicamentos do SUS.
6º passo: resultados esperados	População consciente sobre os aspectos relacionados à fisiopatologia da HAS, necessidade de cuidados de prevenção e controle da mesma, acesso aos medicamentos pela rede. Melhoria do nível de fluxo, contrafluxo e informação entre os diferentes pontos da rede.
6º passo: produtos esperados	Participação do paciente e família, no acesso aos medicamentos para entender a importância dos mesmos.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento quanto as medicações, para evitar a falta dos mesmos. Financeiro: Aquisição de medicamentos, folhetos educativos, recursos relacionados: alimentação, caminhadas e hábitos saudáveis. Político: Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: organizar e orientar os pacientes quanto o uso adequado dos serviços de saúde do município Político: Parceria, mobilização, disponibilização de materiais Financeiro: Aprovação do projeto pelo Secretaria Municipal de Saúde com farmácia e fornecedores.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Enfermeira e nutricionista (motivação favorável). Reuniões com membros da equipe de saúde, usuários e familiares. Fazer o acompanhamento contínuo de saúde para os usuários e família, monitoramento das medicações, tanto na rede quanto em uso pelo paciente.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Orientar as famílias assim como os pacientes com realização de palestras mensais, monitoramento das medicações e consultas.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	As ações devem ser monitoradas pela Secretaria, Farmácia e pela enfermeira da ESF, de forma contínua e permanente, para discursão dos impactos para melhor adequação.

Fonte: autoria própria (2021)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados coletados para o diagnóstico situacional da comunidade de Lassance/MG, especificamente os atendidos na Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Chagas e também da revisão bibliográfica realizada, considera-se importante implantar ações para aprimorar o acompanhamento dos pacientes atendidos com HAS, na circunscrição da unidade mencionada. As ações propostas visam impactar na redução da morbimortalidade da população por complicações da HAS.

Na população do município de Lassance há um número expressivo de pessoas hipertensas em uso de medicamentos e que precisam assumir a responsabilidade pelo seu cuidado juntamente com a equipe de saúde.

As estratégias de adesão devem ser para cada pessoa. O modelo que sustenta essas ações deve ter foco na saúde da família e no indivíduo, considerando os aspectos dinâmicos biopsicossociais, culturais e comportamentais que circunscrevem o processo saúde-doença

Reconhece-se que as estratégias de adesão devem ser incorporadas na vida de cada cidadão, sendo que a equipe de saúde da família deve monitorar o uso adequado, efeitos colaterais e a incorporação de medidas terapêuticas não medicamentosas.

A luta contra a não adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica constitui-se em um grande desafio para os profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde, visto que cada dia aumenta o número de indivíduos com essa doença e com as complicações advindas do não seguimento adequado das orientações dos profissionais de saúde.

O desenvolvimento de grupos operativos busca conscientizar os pacientes sobre sua doença e complicações, incentivando a adesão ao tratamento e deseja-se aumentar o número de visitas àqueles que são considerados de risco e auxiliar na administração das medicações. Com métodos didáticos e ajuda dos familiares, espera-se que as mesmas tenham continuidade e que sejam capazes de influenciar no comportamento do paciente com vistas a melhorar os indicadores de adesão farmacológica e não farmacológica, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e de saúde da população hipertensa acompanhada pela equipe de saúde as UBS Carlos Chagas.

REFERÊNCIAS

BARROSO, W.K.S.*et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.** v.116, n.3, p. 516 - 658, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, Ministério da Saúde, 2020

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2018.

DALLACOSTA, F. M.; DALLACOSTA, H.; NUNES, A, D. Perfil de Hipertensos Cadastrados no Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde. **Unoesc & Ciência – ACBS.** Joaçaba, v. 1, n. 1, p. 45-52, 2010.

DEMONER, M. S.; RAMOS, E. R.P.; PEREIRA, E. R. Fatores associados adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paul Enferm.** v.25, n. (especial 1), p. 27-34, 2012.

DOURADO, C. S. *et al.* Adesão ao tratamento de idoso com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum Health Sciences.** Maringá. V.33, n.1, p. 9-17, 2011.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C.C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Brasil. Minas Gerais. **Lassance.** Brasília. 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lassance/panorama>>.

LASSANCE, Prefeitura Municipal de Lassance. **História e Turismo.** Disponível em: <<http://lassance.mg.gov.br/>>. Acesso em: 18 nov. de 2021.

LUZ, A. L. A. *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos com comprometimento cognitivo: revisão sistemática. **Cogit. Enferm.** [Internet]. v. 26i0.70402, 2021.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v.107, n. 3 (supl 3), p. 1-83, 2016.

MARTINS, L. C. G. *et al.* Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 6, p. 1005 -1012, 2015.

RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev Latino-Americana Enferm.** v.22, n. 4, p. 547-553, 2014.