



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Leandro Guimarães Moreira

Qualificação da atenção à hipertensão arterial na  
Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rosa,  
Queimados-RJ

Florianópolis, Março de 2023



Leandro Guimarães Moreira

Qualificação da atenção à hipertensão arterial na Estratégia Saúde  
da Família (ESF) Santa Rosa, Queimados-RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa Hermes Thomas Tombini  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Leandro Guimarães Moreira

Qualificação da atenção à hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rosa, Queimados-RJ

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Larissa Hermes Thomas Tombini**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade na atualidade. Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças, a hipertensão arterial sistêmica desempenha papel preponderante, realidade que requer a efetivação de ações que visem o sua prevenção, monitoramento e controle. É essencial que o usuário hipertenso adote hábitos saudáveis para a manutenção e controle dos níveis pressóricos, minimização dos agravos da doença e melhorias da qualidade de vida. Neste sentido o presente trabalho objetiva ampliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos hipertensos acompanhados pela da unidade básica de saúde Santa Rosa, município de Queimados, Rio de Janeiro. **Metodologia:** estão previstas a realização de atividades de promoção de hábitos saudáveis relacionados à alimentação e atividade física, além da busca ativa, identificação e cadastramento dos usuários hipertensos na UBS e, o monitoramento e acompanhamento regular destes no serviço. **Resultados esperados:** espera-se garantir maior eficácia na adesão e acompanhamento dos pacientes, com consequente melhora das condições clínicas de saúde e qualidade de vida destes.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Estilo de Vida, Fatores de Risco, Hipertensão





# Sumário

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| 1 | <b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .            | <b>9</b>  |
| 2 | <b>OBJETIVOS</b> . . . . .             | <b>13</b> |
| 3 | <b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . . | <b>15</b> |
| 4 | <b>METODOLOGIA</b> . . . . .           | <b>19</b> |
| 5 | <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .  | <b>21</b> |
|   | <b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .           | <b>23</b> |



# 1 Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), tida como uma condição crônica de saúde, é uma condição clínica multifatorial caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias, o que acarreta a sobrecarga cardíaca e complicações como o acidente vascular cerebral, o enfarte, o aneurisma arterial e a insuficiência renal (**MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014**)(**MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014**) .

A doença acomete cerca de 600 milhões de pessoas no mundo, com estimativa de crescimento global de 60% dos casos até 2025, além de cerca de 7,1 milhões de mortes anuais (**WHO, 2020**) . No Brasil, estudos de prevalência apontam que a HAS acomete cerca de 30% de adultos, com maior prevalência entre mulheres e pessoas com menor nível de escolaridade (**LOBO et al., 2017**); (**MALTA, 2018**).

Para além das complicações e impactos na qualidade de vida dos acometidos pela HAS, alta mortalidade é observada. No ano de 2017 a HAS ou causas atribuíveis à doença foram responsáveis pela morte de mais de 140 mil pessoas, em sua maioria (37%) idosa com mais de 70 anos de idade (**BRASIL, 2020**).

Tratando-se de condição crônica cujos fatores de risco são controláveis ou até evitáveis, a possibilidade de prevenção ou de controle da doença para redução de complicações e óbitos é realidade. Neste sentido, o desenvolvimento de ações e estratégias de enfrentamento da doença, considerada a realidade local são realizadas, com destaque à abordagem e manejo desta pelas equipes de saúde vinculadas à Atenção Básica (AB).

O cuidado integral à pessoa com doença crônica, a exemplo da HAS, é tema de discussão e construção de linhas de cuidado pelas equipes de saúde, com o objetivo de fortalecer e qualificar a atenção integral e longitudinal ao indivíduo hipertenso, em todos os níveis de atenção do SUS (**MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014**).

Enquanto ordenadora do cuidado, a AB tem papel fundamental na rede de atenção à HAS já que a doença pode ser rastreada, monitorada e controlada com mudanças no estilo de vida e medicamentos de baixo custo, de fácil aplicabilidade pelas equipes de saúde que atuam neste nível de atenção, com destaque à Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Neste cenário, apresenta-se a atenção à HAS em municípios de pequeno porte, a exemplo de Queimados, no estado do Rio de Janeiro.

Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), o município possui população estimada em 150.319 para o ano 2019, distribuída entre as raças branca, preta, parda e indígena. Dados do último Censo demográfico (2010) apontam para população feminina correspondente a 51,7% e masculina de 48,2%, e a população acima de 60 anos representa 9,4% do total da população para aquele ano.

A estrutura de saúde municipal, no âmbito de Atenção Primária, está representada da seguinte maneira: 03 Unidades Básicas de Saúde, 05 Equipes de Saúde da Família, 08

Clínicas da Família, sendo que 02 não possuem Estratégia da Família, mas desenvolve serviços assistenciais de atenção primária a saúde. A cobertura da Estratégia Saúde da família (ESF) no município é de 27,74%, segundo informações da gestão de Atenção Básica municipal - CGIAP/DESF/SAPS.

Ainda neste contexto, a rede municipal está contemplada com áreas que organizam e planejam os serviços que serão executados pela Atenção Primária, tais como Programa Saúde nas Escolas, Programa de Controle de Hipertensos e Diabetes, Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente, Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso, Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem, Área Técnica de Alimentação e Nutrição.

No âmbito da Atenção Especializada há no município: Centro Médico de Pedreira, Ambulatório do Idoso, Centro de especialidades de Ondotologia, Assistência a Saúde Bucal, Centro de Tratamento de Hipertensão e Diabetes Regional, Assistência a Saúde Mental, Programa Melhor em Casa, Central de Regulação e os Serviços Complementares ao SUS.

O município dispõe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com 02 ambulâncias cadastradas.

Na Assistência Hospitalar, existe apenas 01 unidade hospitalar com os serviços contratualizados para atender a clientela infantil do SUS.

Entre as UBS, neste estudo, apresenta-se a UBS Santa Rosa cenário de desenvolvimento desta proposta de intervenção. De acordo com os dados mais recentes disponibilizados pelo DATASUS, a população da comunidade corresponde a cerca de 3.616 habitantes.

O número total de óbitos em 2015 no município de Queimados foi de 1.119, ou seja, 0,77% da população geral, porém os dados da taxa de mortalidade da comunidade não estão disponíveis, pois não há um controle adequado e, tampouco, um registro que seja compatível com a realidade da comunidade. Sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS), foi responsável por 48 óbitos no município em 2018, de acordo com dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. (DATASUS/SIM, 2018).

Na comunidade assistida pela equipe proponente desta intervenção observa-se incidência considerável de tuberculose, HIV e sífilis, doenças diretamente relacionadas ao perfil de moradia identificado e a uma cultura de pouca informação em relação a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, comuns em comunidades de maior vulnerabilidade social e econômica.

No entanto entre os problemas prioritários da intervenção, estão a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus, doença crônica, relacionados com o estilo de vida e desinformação.

A HAS apresenta-se como maior problema a ser enfrentado pela equipe de saúde

local. Atualmente são 509 usuários registrados com a doença, conforme diagnóstico social epidemiológico realizado. A doença abrange principalmente adultos e idosos. Por ser uma doença crônica, silenciosa, por vezes assintomática e está relacionada com o estilo de vida e a desinformação, reforça a importância de novas práticas de educação em saúde com o sujeito e toda a família.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (NOBRE, 2010).

Neste sentido, o estilo de vida, o sedentarismo, o tabagismo e outros fatores, agravam a doença e suas complicações resultam em maior número de encaminhamentos hospitalares, custos econômicos e sociais. Isto é observado nos estudos recentes de Ferreira (2019) que confirmam e demonstram que a maior parte dos pacientes com diagnóstico de HAS apresenta uma baixa adesão ao tratamento, indicando uma baixa efetividade das ações de controle dessa doença no país (FERREIRA, 2019)(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Embora se encontrem várias definições de adesão, GUSMÃO et al. (2009, p. 39), consideram que de modo geral adesão “significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente”.

Os autores apontam alguns fatores que podem influenciar negativamente a adesão do paciente hipertenso ao tratamento e que se a equipe de saúde os identifica, a mesma pode traçar estratégias de intervenção precocemente (GUSMÃO et al., 2009).

Entre estes fatores estão os relacionados ao paciente, como idade, escolaridade, crenças religiosas e de saúde, aspectos culturais e hábitos de vida e os relacionados ao tratamento como número e frequência das doses, número de comprimidos, tratamentos anteriores sem sucesso. Incluem também os relacionados à própria doença, principalmente a falta de sintomas e ao comprometimento do cuidador, no caso de paciente idoso e os diretamente relacionados aos serviços de saúde e relação da equipe com o paciente (GUSMÃO et al., 2009).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE, 2010), os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, são os seguintes: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética e outros fatores, como por exemplo, o ambiente de uma família com hábitos de vida pouco saudáveis, tão presentes em nosso mundo atual.

Além desses fatores de risco, a literatura aponta que fatores induzidos pelo ambiente de trabalho, como os avanços tecnológicos, a pressão psicológica, pouco tempo de lazer, atividades ocupacionais excessivas, baixos salários e dificuldades de acesso à assistência médica, associados aos hábitos de vida contribuem para o desenvolvimento de doenças

cardiovasculares.

Assim, é justificável um projeto de intervenção para melhorar e ampliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial junto à comunidade. É uma estratégia que visa qualificar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial cujo sucesso resulta na redução do número de internações, da procura por pronto atendimento e os gastos com tratamento de complicações, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular, com a consequente melhoria da qualidade de vida da população.

A relevância desse projeto implica em subsidiar o planejamento de ações da atenção básica voltadas ao controle da hipertensão arterial visto que a prevalência dessa doença tem se mostrado crescente na comunidade e no Brasil.

Sua implantação busca garantir maior eficiência e eficácia viabilizando e incorporando intervenções que atendam a comunidade assistida, quer seja em termos de necessidade individual quer seja coletiva.

As ações propostas são de possível aplicabilidade, pois não demandam muitos recursos financeiros e envolvem os profissionais da equipe da ESF.

## 2 Objetivos

### **OBJETIVOS**

#### Objetivo Geral:

Ampliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos hipertensos acompanhados pela unidade básica de saúde Santa Rosa, município de Queimados, Rio de Janeiro.

#### Objetivos Específicos:

Realizar campanhas de informação sobre sintomas da hipertensão arterial sistêmica;

Realizar cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS da USF- Santa Rosa do município de Queimados,

Informar e promover hábitos saudáveis de vida nos pacientes portadores de HAS e seus familiares.





## 3 Revisão da Literatura

### 1. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) vem aumentando nos países desenvolvidos e de maneira muito rápida também no Brasil. São caracterizadas por um conjunto de doenças que não tem envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência, multiplicidade de fatores de risco comuns, duram um período prolongado, grande período de latência, longo curso assintomático com períodos de remissão e exacerbação, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades. As DCNT recebem também a denominação de doenças não infecciosas (SAÚDE, 2006). Elas são os agravos que mais prevalecem dentre as doenças acometidas no Brasil.

As DCNT tornaram-se um dos principais problemas de saúde pública. No Brasil são cerca de 72% das causas de morte, atingem as camadas mais pobres e mais vulneráveis da população e trazem onerosos gastos ao Sistema Único de Saúde (SUS) (SAÚDE, 2014). Quatro grupos de doenças – cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes – responderam pela grande maioria dessas mortes.

Na condição de aliado importante e negativo das DCNT, o tabagismo, o alcoolismo, o sedentarismo, a inatividade física, alimentação com o excesso de sal e gorduras, o consumo elevado e/ou excessivo de carnes vermelhas e processadas aumentam cerca 20% a 30% o risco de mortalidade.

O custo dessas doenças vai além do hospitalar inclui afastamentos de trabalho, perícias, aposentadorias, diminuição da mão de obra e produtividade, alterando o perfil econômico das famílias (MALTA, 2015).

As tendências de redução na mortalidade pelas DCNT tiveram a contribuição de políticas públicas como o combate tabagismo e aumento do acesso à atenção primária de saúde com cuidado de qualidade. Houve aumento da cobertura da atenção básica no país, de até 60% da população e criação do Programa Academia da Saúde, que faz o incentivo aos exercícios físicos; o Programa Farmácia Popular, que passou a distribuir remédios para diabetes e hipertensão de modo gratuito para a população brasileira (SAÚDE, 2014).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus são as doenças crônicas que mais acometem a população brasileira, com condições inicialmente assintomáticas, altamente prevalentes, de alto custo social e de grande impacto no perfil de morbi-mortalidade da população, trazendo um desafio para o sistema público de saúde.

Sabe-se que a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para que possamos evitar que haja um crescimento epidêmico dessas doenças, podendo trazer consequências drásticas para a qualidade de vida.

#### 1.1 HAS – HIPERTENSÃO ARTERIAL SITÊMICA

De acordo com os estudos recentes de Ferreira et al. (2019) podemos corroborar nossa

pesquisa aos dizeres que referem-se à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como uma DCNT de grande magnitude e, um grave problema de saúde pública mundial (FERREIRA; BODEVAN; OLIVEIRA, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, hipertensão arterial é quando a pressão que o sangue faz na parede das artérias para se movimentar é muito forte, resultando em um valor igual ou maior que 140/90mmHg (DALLACOSTA; DALLACOSTA; NUNES, 2010)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (NOBRE, 2010).

Brito & Bortolotto (2011) afirmam que a HAS é a causa direta ou indireta de cerca de 7,5 milhões de mortes anualmente no mundo. Estima-se que um em cada quatro adultos em todo o mundo pode ser classificado como hipertenso. Isso equivale a aproximadamente 1 bilhão de indivíduos hipertensos, sendo esperado um crescimento para 1,5 bilhão (cerca de 30% da população global) até 2025. Estima-se que a prevalência da HAS seja de 24,3% na população brasileira (BRITO; BORTOLOTTI, 2011). Na comunidade de Santa Rosa atualmente são registrados 532 casos de pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), acometendo principalmente adultos e idosos. Este dado foi coletado por meio de diagnóstico social e epidemiológico.

Existem dois tipos de hipertensão arterial: a primária, que se caracteriza por não haver uma causa conhecida, e a secundária, na qual é possível identificar uma causa para a hipertensão, por exemplo, tumores (feocromocitoma), problemas renais, problemas na artéria aorta e algumas doenças endócrinas. Estima-se que 95% das pessoas tenham a forma primária e apenas 5%, a forma secundária (DALLACOSTA; DALLACOSTA; NUNES, 2010).

Dois tipos de abordagens terapêuticas para o tratamento de HAS são considerados: o tratamento não medicamentoso e o tratamento medicamentoso. O primeiro consiste na modificação do estilo de vida, enquanto que o segundo lança mão da utilização de medicamentos anti-hipertensivos, que, aliado ao tratamento não medicamentoso visam à redução da pressão arterial (PA) (NOBRE, 2010).

No que se refere ao tratamento não medicamentoso e modificação de hábitos de vida, os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso.

Como agravante ao quadro hipertensivo, há que se considerar que um grande contin-

gente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (SAÚDE, 2006).

## 1.2 RISCO CARDIOVASCULAR

O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) muitas vezes é negligenciado pelo fato da maioria dos pacientes apresentarem-se assintomáticos. Quando o quadro se agrava a pessoa com diagnóstico de HAS já apresenta complicações, acarretando lesões graves e altas taxa de mortalidade. O alto índice de pacientes portadores de HAS explica-se pelos seguintes motivos:

**Idade:** Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e o surgimento de HA, relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira.

**Sexo:** No estudo de Framingham que acompanha fatores de risco cardiovascular a longo prazo, foi observada uma maior prevalência de hipertensão em mulheres que em homens acima de 65 anos de idade.

**Raça:** o estudo ELSA-Brasil mostrou uma taxa de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros (MALACHIAS et al., 2016) .

**Idade Avançada:** a pressão arterial (PA) aumenta linearmente com a idade. Isso porque os vasos sanguíneos perdem a flexibilidade com o envelhecimento, o que gera uma pressão crescente sobre o sistema cardiovascular do corpo.

**Sedentarismo:** a falta de atividade física regular.

**Obesidade:** Alimentação à base de carboidratos e uso abusivo de sódio: o sal é um mineral formado principalmente por cloreto de sódio que em quantidades excessivas no organismo retém líquido, aumentando o volume sanguíneo, e como consequência, o aumento da PA.

**Hereditariedade:** histórico familiar.

**Tabagismo:** a nicotina é uma das substâncias que acarreta vasoconstrição (diminuição do calibre dos vasos) direta de veias e artérias, além do aumento de substâncias que causam elevação da frequência cardíaca.

**Consumo excessivo de álcool:** a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e o risco cardiovascular em geral

## 2. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO À HAS

Segundo o Ministério da Saúde a Saúde da Família foi criada em 1994, inicialmente com o nome Programa Saúde da Família (PSF). O caráter de continuidade do programa o elevou à condição de estratégia, atualmente denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF utiliza princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) formulados na Conferência de Alma Ata, e tem por fundamento as premissas requeridas com a criação do SUS. A construção e implantação da ESF resultam de um conjunto de embates em torno

de diferentes concepções ideológicas e atores sociais ao longo dos anos, e a forma como a ESF é assumida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) hoje, é resultado, também de várias formulações e reformulações decorrentes principalmente das discussões no campo da saúde.

Um ponto importante para o funcionamento da ESF é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), bem como o apoio de outros profissionais de saúde, como nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico, farmacêutico, através dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). O número de pessoas vinculadas por equipe deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias do território de atendimento, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas atendidas por equipe (SAÚDE, 2014).

As equipes da ESF atuam em territórios delimitados, assim deve-se considerar as características específicas e prioridades de cada território, a partir do diagnóstico situacional, para que o planejamento e programação das ações e serviços de saúde sejam específicos, elevando qualidade dos mesmos e priorizando o atendimento direcionado aos problemas e necessidades de cada território.

Nesses contextos, as ESFs devem substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, focalizando o trabalho em equipe e estabelecendo a família como objeto de trabalho para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e proteção a saúde em acordo às situações epidemiológicas de cada território de atuação.

Consideradas as evidências que demonstram que a maior parte dos pacientes com diagnóstico de hipertensão apresenta uma baixa adesão ao tratamento, indicando uma baixa efetividade das ações de controle dessa doença no país, a implantação deste projeto de intervenção busca garantir maior eficiência e eficácia viabilizando e incorporando intervenções voltadas ao monitoramento e acompanhamento da HAS, que atendam a comunidade Santa Rosa, quer seja em termos de necessidade individual quer seja coletiva.

## 4 Metodologia

Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), por meio da metodologia de Estimativa Rápida, foi utilizado para a realização do diagnóstico situacional da comunidade de Santa Rosa, sendo assim, o primeiro passo metodológico.

Foram efetuadas reuniões com a equipe de saúde da família, utilização de dados sobre informações a respeito da atenção primária disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS (SISAB), dados referentes à saúde da população, condições socioeconômicas, condições de moradia e saneamento, coletados pela equipe de saúde da unidade e informações fornecidas pela Secretaria de Saúde da cidade de Queimados.

Em seguida foram levantadas as principais dificuldades vivenciadas pela equipe no dia a dia ao prestar assistência à saúde da população. Os principais problemas identificados na área de abrangência da equipe de saúde da família de Santa Rosa foram:

- Baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial,
- Grande número de hipertensos com valores pressóricos elevados,
- Sedentarismo,
- Alimentação não saudável,
- Abuso de álcool e drogas.

Com esse levantamento foi priorizado intervir na baixa adesão do hipertenso ao tratamento. A Hipertensão arterial, por ser uma doença crônica, silenciosa e que não apresenta sintomas e está correlacionada com o estilo de vida e desinformação, reforça a importância de novas práticas de educação em saúde com o sujeito e toda a família.

O segundo passo constituiu-se na revisão de literatura, cuja busca foi na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se livros, artigos, teses, entre outras publicações, por meio do uso dos descritores: Hipertensão, Tratamento, Programa Saúde da Família.

Mediante os textos encontrados, foram utilizados aqueles que mais continham informações específicas sobre o tema.

Finalmente, o terceiro passo foi elaboração do plano de intervenção que visou melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão, incentivando a participação dos usuários aos grupos de hipertensos, favorecendo uma alimentação saudável e equilibrada, sensibilizando sobre a importância de um estilo de vida saudável para todo o núcleo familiar e promovendo o conhecimento dos usuários sobre a doença e seus prognósticos.

Tendo como meta, aumentar o número de pacientes que aceitam o tratamento em 85% em seis meses, com ações de campanhas e palestras de orientação sobre a necessidade de

boas práticas de saúde em todo o meio familiar, com alimentação saudável (dentro do possível) evitando a obesidade e o sedentarismo com atividades físicas. Orientando sobre prevenção da doença com toda a comunidade, conduzindo o autocuidado, tão necessário à condição de doença crônica.

Estão previstos:

A realização de eventos sobre fatos ambientais modificáveis da hipertensão arterial, como hábitos alimentares inadequados, principalmente excesso de sal, baixo consumo de verduras, sedentarismo e obesidade, assim como palestras de promoção e prevenção para diminuir o hábito do fumo e do álcool em pacientes hipertensos.

Ainda, a realização de oficinas sobre alimentação adequada para pacientes hipertensos, também para a comunidade em geral, com cardápios saudáveis. Orientação do plantio de hortas domiciliares ou comunitárias para um maior consumo de legumes e verduras, provando que um pequeno espaço é suficiente para o plantio, onde crianças e adolescentes possam participar do plantio e cultivo e consequentemente adquirirem hábitos mais saudáveis.

Incentivo a criação de grupos de caminhadas onde pacientes sejam integrados e incentivados a desenvolver o hábito de praticar atividades físicas.

Para a realização do cadastramento dos pacientes hipertensos da área de cobertura da ESF, será realizada capacitação com médicos, enfermeiros e agentes comunitários sobre a importância e a necessidade de busca ativa, coleta de dados e preenchimento correto da ficha de cadastro dos pacientes hipertensos e pesquisa junto a Secretaria Municipal de Saúde e prontuários da ESF Santa Rosa.

Em relação ao acompanhamento destes pacientes, serão implantadas ações como: organização de agenda com dias determinados para que os pacientes cadastrados tenham atendimento com a equipe multiprofissional e agendamento de visitas domiciliares quando necessário. Também monitoramento de pacientes de alto risco e zerar a falta a consultas já agendadas.

As ações são de possível aplicabilidade, pois não demanda muitos recursos financeiros, sendo necessária articulação com líderes comunitários, gestor público para garantir alguns itens como: sementes e mudas para plantio, materiais de apoio para as oficinas sobre alimentação e principalmente a participação da comunidade.

As ações propostas são de responsabilidade de toda a equipe ESF (médico, enfermeiros e agentes comunitários), iniciando campanhas de educação inovadoras, com assistência integral, com conhecimento do indivíduo e de toda a comunidade e tem previsão de desenvolvimento no segundo semestre de 2020.

## 5 Resultados Esperados

Espera-se alcançar o propósito de intervenção a partir da estratificação de risco realizada com os pacientes cadastrados na ESF Santa Rosa, onde estão registrados no prontuário para devido acompanhamento, visando a melhoria no quadro dos pacientes. Também espera-se elevar o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica (HAS) de toda a comunidade; fornecer informação sobre o tratamento, sintomas e fatores de risco associados com a doença; esclarecer sobre a importância da adesão ao tratamento, dieta e atividade física; diminuir o número de obesos, sedentários, de pessoas que fazem uso do álcool e tabaco; e melhorar os hábitos e estilo de vida dos pacientes, familiares e de toda a comunidade.

A partir da adesão do grupo de pacientes com a equipe multiprofissional composta pelo médico, enfermeira, nutricionista, educador físico e agentes comunitários, espera-se reduzir a incidência de hipertensos da população de abrangência, a prevalência de hipertensos sem controle, também fazer uma melhor assistência aos pacientes hipertensos e diminuir complicações letais que podem provocar em qualquer nível, seja cardiovascular ou neurovascular.





## Referências

- BRITO, T. M.; BORTOLOTTI, L. A. Denervação renal no tratamento de hipertensão arterial resistente. *Rev Bras Hipertensão*, p. 145–148, 2011. Citado na página 16.
- CAMPOS, F. C. C. D.; FARIA, H. P. D.; SANTOS, M. A. D. Síntese do diagnóstico situacional da equipe verde da comunidade de vila formosa. In: CAMPOS, F. C. C. D.; FARIA, H. P. D.; SANTOS, M. A. D. (Ed.). *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. Belo Horizonte: Nescom/UFMG, 2010. p. 93–110. Citado na página 19.
- DALLACOSTA, F. M.; DALLACOSTA, H.; NUNES, A. D. Perfil de hipertensos cadastrados no programa hiperdia de uma unidade básica de saúde. *Unoesc Ciência - ACBS*, p. 45–52, 2010. Citado na página 16.
- FERREIRA, M. C. Projeto de intervenção para melhorar o tratamento de has na ubs claudionor do valle ferreira, no município de belmiro braga, minas gerais. Juiz de Fora, n. 56, 2019. Curso de Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, UFMG. Cap. 6. Citado na página 11.
- FERREIRA, P. A. A.; BODEVAN, E. C.; OLIVEIRA, L. C. D. Características sociodemográficas associadas À prevalência de hipertensão arterial sistêmica. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 17, p. 1–11, 2019. Citado na página 16.
- GUSMÃO, J. L. D. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*, p. 38–43, 2009. Citado na página 11.
- LOBO, L. A. C. et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no brasil. *Cad. Saúde Pública*, p. 35–56, 2017. Citado na página 9.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial: Capítulo 3-avaliação clínica e complementar. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 14–17, 2016. Citado na página 17.
- MALTA, D. C. Brazilian lifestyles: National health survey results, 2013. *Epidemiol Serv Saude*, p. 217–226, 2015. Citado na página 15.
- MALTA, D. C. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, p. 18–21, 2018. Citado na página 9.
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, BRASILIA, n. 37, 2014. Citado na página 9.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema Único de saúde. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, BRASILIA, n. 16, 2006. Citado na página 11.
- NOBRE, F. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 16.

SAÚDE, B. M. D. *CADERNOS DA ATENÇÃO BÁSICA N. 16*: Hipertensão arterial sistêmica para o sistema Único de saúde. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.

SAÚDE, B. M. D. *CADERNOS DA ATENÇÃO BÁSICA N. 37*: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.

WHO, W. H. O. *Global status report on non communicable diseases*. 2020. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458\\_eng.pdf;jsessionid=B02BE0663A193D3DBD6E4A89FCF3CF7F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=B02BE0663A193D3DBD6E4A89FCF3CF7F?sequence=1)>. Acesso em: 25 Mai. 2020. Citado na página 9.