

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
Curso de Especialização em Medicina da Família e Comunidade
Programa Médicos Pelo Brasil-PMPB

Jeisibel Camara Maroco

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM MORADORES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF III NA
CIDADE DE URAÍ- PARANÁ**

Belo Horizonte
2023

Jeisibel Camara Maroco

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM MORADORES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF III NA
CIDADE DE URAÍ- PARANÁ**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Medicina da Família e Comunidade, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Maria Fernanda
Mileski de Paula

Belo Horizonte
2023



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 5 dias do mês de setembro de 2024, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **Jeisibel Camara Maroco** intitulado "Projeto de intervenção para o controle da hipertensão arterial em moradores da área de abrangência da ESF III na cidade de Uraí (PR)" , requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores MARIA JOSE CABRAL GRILLO, Maria Fernanda Mileski de Paula e Daniel Calheiro. O TCC foi aprovado com a nota 100. Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 08 do mês de julho de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade – CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 17/07/2025, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 17/07/2025, às 15:08, 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 **4361990** e o código CRC **7C0FF1B4**.

À minha querida mãe Maria Isabel Teixeira Camara (in memoriam), minha maior incentivadora desde o início. Aqui estão os resultados dos seus esforços.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, que me sustentou e permitiu ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Ao meu noivo por me apoiar com palavras de força e incentivo.

À minha orientadora pela paciência e dedicação com o qual guiou o meu aprendizado.

À equipe de saúde de III da cidade de Uraí e aos meus pacientes por toda ajuda na realização deste trabalho.

*“Para aliviar o estresse e a ansiedade; para confortar o luto, na tristeza e na perda: encontre alguém que precise de sua ajuda.”
(Sigrid Nunez, 2024).*

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública. Com frequência, está relacionada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, como: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. São considerados hipertensos os indivíduos com PAS 140mmHg e/ou PAD 90 mmHg. Existem duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento não medicamentoso, que é baseado em modificações do estilo de vida, e o tratamento medicamentoso. Após observação da comunidade adscrita pela equipe saúde da família III, na cidade de Uraí (PR), o problema “elevado índice de hipertensos” foi considerado como prioritário. Considerando isso, o objetivo desse trabalho é reestruturar a ação da ESF III com o grupo de hipertensos de sua área de abrangência. O desenvolvimento do plano de intervenção aconteceu em três momentos: diagnóstico situacional de saúde, levantamento bibliográfico e elaboração do plano de intervenção. Os nós críticos identificados após a análise realizada pela equipe foram: hábitos de vida inadequados, uso inadequado de medicações e pouca participação multiprofissional no grupo de hipertensos. Para cada causa selecionada como “nó crítico”, definiram-se operações, projeto, resultados esperados, produtos esperados e recursos necessários para a concretização das ações. Por fim, a partir da implantação do plano de intervenção, espera-se que os profissionais de saúde criem estratégias de promoção e prevenção de saúde para que a comunidade obtenha um maior controle da pressão arterial através de uma maior adesão ao tratamento, diminuindo suas complicações e garantindo uma melhor qualidade de vida para esse grupo de indivíduos.

Palavras-chave: hipertensão; atenção primária à saúde; educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) has a high prevalence and low control rates, being considered one of the most important public health problems. It is often associated with functional and/or structural changes in target organs such as the heart, brain, kidneys, and blood vessels. Individuals with SBP ≥ 140 mmHg and/or DBP ≥ 90 mmHg are considered hypertensive. There are two therapeutic approaches to hypertension: non-pharmacological treatment, which is based on lifestyle modifications, and pharmacological treatment. After observing the community covered by Family Health Team III in the city of Uraí (PR), the issue of a “high rate of hypertensive patients” was identified as a priority. Therefore, the aim of this work is to restructure the actions of FHT III with the hypertensive group in its coverage area. The development of the intervention plan took place in three stages: situational health diagnosis, literature review, and elaboration of the intervention plan. The critical issues identified by the team were: unhealthy lifestyle habits, inappropriate use of medication, and limited multiprofessional participation in the hypertensive group. For each selected “critical issue,” specific operations, projects, expected results, expected products, and necessary resources were defined to implement the proposed actions. Finally, with the implementation of the intervention plan, it is expected that health professionals will create strategies for health promotion and prevention, so that the community achieves better blood pressure control through improved treatment adherence, reducing complications and ensuring a better quality of life for this group of individuals.

Keywords: hypertension; primary health care; health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde III, Unidade Básica de Saúde Laurindo de Oliveira, município de Uraí, estado do Paraná.	17
Figura 1 – Estratificação de risco global do paciente hipertenso	20
Figura 2 – Decisão terapêutica segundo o risco e pressão	21
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “elevado índice de hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família III, do município de Uraí, estado do Paraná	29
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “elevado número de hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família III, do município de Uraí, estado do Paraná	31
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “elevado número de hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família III, do município de Uraí, estado do Paraná	33

Sumário

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO.....	10
1.2 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	11
1.3 ASPECTOS DA COMUNIDADE	12
1.4 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LAURINDO DE OLIVEIRA.....	13
1.4.1 <i>A Equipe de Saúde da Família III da Unidade Básica de Saúde Laurindo de Oliveira</i>	14
1.4.2 <i>O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe III</i>	14
1.4.3 <i>O dia a dia da equipe III</i>	14
1.5 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE	15
1.6 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS – A SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA PLANO DE INTERVENÇÃO.....	15
2 JUSTIFICATIVA	18
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
4 OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVO GERAL	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
5 METODOLOGIAS	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	26
6.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (TERCEIRO PASSO)	26
6.2 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (QUARTO PASSO).....	26
6.3 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS (QUINTO PASSO).....	27
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)	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

A cidade de Uraí (PR) foi fundada em 5 de maio de 1936 por uma companhia colonizadora de origem japonesa. Teve vários períodos econômicos: começou com a exploração da madeira, passou pelo ciclo do café e, por último, na década de 1980, houve uma fase de grande produção do rami - planta que se destaca por sua aplicação em tecidos. Isso lhe conferiu o título de Capital Mundial do Rami.

Uraí está localizada na região norte do estado do Paraná, distante 419 km da capital paranaense. Segundo o Censo (2022), divulgado pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade tem 10.406 habitantes, com predominância do sexo feminino e alargamento da pirâmide etária entre 50 e 60 anos. Além disso, o salário médio dos habitantes é de dois salários mínimos e, mais pontualmente, 31,7% da população tem rendimento nominal mensal - calculado como a razão entre o total dos rendimentos domiciliares (em termos nominais) e o total dos moradores - de até meio salário mínimo (CENSO, 2022).

A taxa de escolarização também é um dado importante para esta contextualização, uma vez que configura 98,7% entre pessoas de 6 a 14 anos (IBGE, 2022). Entretanto, encontram-se no município 24,16% de analfabetos com idade acima de 50 anos, sendo esta a faixa etária mais atendida pela unidade de saúde contemplada neste trabalho (IPARDES, 2024).

No Censo demográfico de 2010, 2114 pessoas moravam em domicílios rurais da cidade. As culturas agrícolas temporárias com maior produção são soja e milho e as culturas permanentes são de laranja, uva e manga (IPARDES, 2024).

Segundo dados do IBGE (2022), Uraí apresenta 55,8% de domicílios com sistema de esgotamento sanitário adequado e 45,5% das habitações urbanas são localizadas em vias públicas com urbanização adequada. Estas características significam a presença de bueiro, de calçada, de pavimentação e de meio-fio. O município não conta com transporte coletivo.

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Uraí tem quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS). Duas no centro da cidade e outras duas nos distritos rurais de Cruzeiro do Norte e Secção São Paulo. Estas unidades contam com três equipes de Saúde da Família (ESF). Ainda na atenção primária - conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (Ministério da Saúde, Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017) - conta com três equipes de odontologia, equipe de fisioterapia, psicologia, nutrição e uma Farmácia Municipal.

A atenção secundária - formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária (Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010) - existe por meio da atuação e disponibilização do serviço de vários médicos especialistas, como: ginecologistas, pediatras, ortopedistas, cardiologistas, otorrinolaringologista e psiquiatra. Eles realizam consultas eletivas em Uraí.

Além disso, para atendimento de urgência e emergência, a cidade conta com uma sede do Serviço de Atendimento Móvel e de Urgência (SAMU) e com o hospital Santa Casa de Uraí, que possui 46 leitos de internação pelo SUS – entre eles, 32 são leitos para adultos, 4 pediátricos e 10 destinados à pacientes de saúde mental. Conta com aparelhos de exame de eletrocardiograma e raio-x. Em casos de maior complexidade, os pacientes são encaminhados ao hospital do município de Cornélio Procópio, que é a sede da 18ª Regional de Saúde do Paraná (a qual Uraí pertence) e está a 25 km da cidade.

O melhor investimento da gestão atual foi em relação a ampliação do atendimento de médicos especialistas no próprio município. Essa sempre foi uma solicitação dos moradores, na maioria idosos, que apresentavam dificuldades no deslocamento para a cidade de Cornélio Procópio, onde eram realizadas as consultas especializadas no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISNOP). A queixa ainda persiste, pois o município conta apenas com realização de exames laboratoriais.

1.3 Aspectos da comunidade

Uraí tem uma comunidade predominantemente residencial, porém a maior parte da população ativa (1778 pessoas), estão ocupadas na agricultura ou pecuária (IPARDES, 2024).

Os crimes mais comuns registrados pela Secretaria de Estado de Segurança Pública (2023) foram: ameaça, furto e estelionato. Houve apenas uma morte violenta nesse período por crime de latrocínio. No mesmo ano, ocorreram 192 casos de violência contra a mulher e 6 casos de violência sexual (IPARDES,2024).

Ocorreram 123 óbitos no município em 2023, sendo as doenças do aparelho circulatório as mais prevalentes com 28 casos, seguido de doenças do aparelho respiratórios e neoplasias (IPARDES,2024).

O território da Unidade Básica de Saúde Laurindo de Oliveira está situada no bairro Centro e compreende mais dois bairros: Centro Social e Vila Pirianito. Os moradores desses bairros são, predominantemente, idosos e população de baixa renda.

O abastecimento de água tratada é feito por meio da rede pública e existe um projeto em andamento para implantação de caixas d'água nas casas de famílias em situação de vulnerabilidade social do município. Segundo dados do Censo (2010), 7,8% da população do município não tem esgoto e 18,43% não tem coleta de lixo. Algumas ruas da comunidade não são pavimentadas, existem muitas moradias de madeira e o acesso à energia elétrica é praticamente total. Estas características demonstram a condição econômica da população do bairro, que depende, em sua maioria, do atendimento gratuito oferecido pelo SUS.

Na área de abrangência da equipe existem igrejas e templos de diferentes religiões, escolas públicas municipais e estaduais. A comunidade também conta com um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que presta apoio à comunidade. Entre os espaços de lazer, a população pode desfrutar de um ginásio municipal e praças públicas que atualmente foram revitalizadas com projetos de jardinagem, arborização, bancos, playground e academias ao ar livre.

Há ainda na comunidade: serviços de correio, agências bancárias e lojas de comércio geral e de alimentos.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Laurindo de Oliveira

A UBS Laurindo de Oliveira, que acolhe a ESF atendida pela proposta de intervenção deste trabalho, está localizada no centro da cidade de Uraí. A UBS passou por uma ampliação no ano de 2023 e, hoje, conta com: seis consultórios para atendimento de médicos e outros profissionais de saúde, sala de triagem e curativos, recepção, sala de esterilização de materiais, depósito, cozinha e sala da equipe ESF que conta com uma mesa grande para reuniões de equipe, dois computadores para acesso a prontuário eletrônico, além de armário para armazenamento dos materiais. Na sala da ESF existe o mapa interativo e atualizado com a localização dos pacientes de maior vulnerabilidade. Toda a estrutura da unidade tem acessibilidade para Pessoas com Deficiência, com presença de rampas, banheiros adaptados e corrimão.

A UBS oferece atendimento de segunda a sexta-feira das 7h às 17h, ininterruptamente. A unidade conta com uma equipe de atenção primária e uma ESF. As consultas são agendadas diariamente e presencialmente por pacientes ou familiares. Sempre há vagas para atendimento de pacientes com demanda espontânea.

São realizados em média 50 atendimentos médicos diários na unidade. Além disso, há vários atendimentos de consultas de enfermagem, curativos e vacinação. A principal queixa dos pacientes é com relação ao tempo de espera para as consultas médicas, já que são atendidos por ordem de chegada, não havendo horário agendado para consultas. Dessa forma, alguns pacientes chegam para a triagem às 7 horas, mas só serão atendidos pelos médicos no final da manhã.

Apesar da UBS ser localizada na região central do município, alguns bairros da área de abrangência são distantes e os pacientes apresentam obstáculos no deslocamento até a unidade. Isso porque, a maioria da população atendida caracteriza-se por idosos com dificuldades de locomoção e, também, pela falta de transporte público em Uraí, o que prejudica o acompanhamento e seguimento destes pacientes.

1.4.1 A Equipe de Saúde da Família III da Unidade Básica de Saúde Laurindo de Oliveira

A ESF III é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. A equipe atende 3.187 pessoas cadastradas na área e apresenta boa relação entre si e com a comunidade. Realiza discussões diárias de casos clínicos de pacientes para definição de metas e atribuições de cada profissional para melhorar a qualidade do atendimento desse paciente.

1.4.2 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe III

A ESF III atende no mesmo horário de funcionamento de UBS Laurindo de Oliveira e acolhe todos os pacientes com demanda espontânea, tanto para consultas quanto para a realização de visitas domiciliares.

As visitas domiciliares de rotina são programadas para os pacientes acamados, domiciliados e para todas as puérperas. Em Uraí, o pré-natal de baixo risco não é realizado pelo médico da família e sim pelo obstetra, porém o acompanhamento puerperal é realizado pela ESF.

Além disso, há a realização de grupos semanais de acompanhamento de hipertensos e diabéticos em áreas estratégicas da comunidade. Os grupos são realizados semanalmente na praça do bairro Pirianito e no salão do CRAS. Nestes encontros, é possível aferir pressão arterial e HGT, esclarecer dúvidas e renovar receitas.

As reuniões com a equipe são diárias, sempre no início da manhã para organização da agenda e discussão dos casos que serão acompanhados no dia.

1.4.3 O dia a dia da equipe III

Na segunda-feira, em ambos os períodos, e todos os demais dias no período da tarde, a médica integrante da ESF estará na UBS para atendimento de pacientes agendados e demanda espontânea da comunidade. Nesses períodos, a equipe de enfermagem realiza visitas de rotina, oferece vacinas e acompanhamento de curativos

em acamados, enquanto os Agente Comunitários de Saúde (ACS) realizam as visitas de rotina para acompanhamento e cadastramento de pacientes.

Às quartas e sextas-feiras, o período da manhã, é destinado às visitas domiciliares com a presença de toda a equipe de Saúde da Família, ou seja, pacientes recebem: enfermeira, médica e os ACS da área. As visitas são realizadas conforme a necessidade e prioridade dos pacientes.

Às terças e quintas-feiras são destinadas aos grupos de hiperdia – que oferece atendimento de hipertensos e diabéticos. São realizados na praça do bairro Pirianito às terças-feiras (2km distante da UBS) e no salão do CRAS localizado no centro do município às quartas-feiras. Os grupos são abertos à população, com participação de aproximadamente 20 pessoas, e são realizadas aferições de pressão arterial e glicemia capilar, com poucas orientações em saúde para os pacientes participantes.

1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Segundo registro do prontuário eletrônico de Uraí, os principais problemas de saúde encontrados na população da área de abrangência da UBS são as doenças crônicas metabólicas e cardiovasculares, como a hipertensão arterial e o diabetes. A mais prevalente é a hipertensão arterial, com cadastro de 697 pacientes, o que corresponde a 21,87% das pessoas da comunidade. A outra doença crônica mais prevalente é o diabetes, com um total de 237 pacientes.

Outro dado preocupante refere-se aos pacientes com complicações cardiovasculares e renais. São 38 pessoas com registro de acidente vascular encefálico, 24 moradores com infarto do miocárdio e 43 em acompanhamento com especialistas devido as complicações renais. O número de acamados e domiciliados na comunidade também é elevado e corresponde a 96 pacientes.

Além das doenças crônicas, temos na área um alto número de tabagistas com relato de 358 pessoas e 80 indivíduos com relatos de acompanhamento psiquiátrico, devido ao transtorno de humor.

1.6 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Após a observação da comunidade, definimos quais os principais problemas da população adscrita, classificando-os de acordo com prioridades para resolução e intervenções que deverão ser realizadas pela ESF (Quadro 1). O problema “elevado índice de hipertensos” foi selecionado como prioritário, devido a capacidade de enfrentamento pela equipe e por representar uma doença cardiovascular, que foi a principal causa de óbitos no município no ano de 2023.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde III, Unidade Básica de Saúde Laurindo de Oliveira, município de Uraí, estado do Paraná

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Elevado índice de hipertensos	Alta	10	Parcial	1
Elevado número de tabagistas	Alta	8	Parcial	2
Alto número de diabéticos	Alta	5	Parcial	3
Alto número de pacientes em acompanhamento de saúde mental	média	3	Parcial	4
Alto número de pacientes com complicações cardiovasculares e renais	média	2	Parcial	5
Muitos acamados e domiciliados	média	2	Parcial	6

Fonte: elaborada pela autora.

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Segundo dados do IBGE (2022), a hipertensão arterial é a doença crônica mais comum entre os brasileiros, atingindo cerca de 23% da população. A Diretriz para o Tratamento Farmacológico da Hipertensão Arterial em Adultos (2022) cita que aproximadamente 1,4 bilhão de pessoas no mundo têm hipertensão e que apenas 14% delas têm controle adequado.

Informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM, 2017), do Ministério da Saúde, mostram que, por dia, 388 pessoas morrem devido à hipertensão arterial. A doença leva a um aumento do risco de enfermidades cardiovasculares e renais, sendo responsável por mais de das mortes por cardiopatias e acidentes vasculares encefálicos em países de baixa e média renda (OPAS, 2022).

Segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2020), além do tratamento medicamentoso, o acompanhamento multiprofissional associado à redução do peso, diminuição da ingestão de sal, moderação no consumo do álcool e exercícios físicos são recomendados para a redução da pressão arterial sistólica.

Ao observar os dados do terceiro quadrimestre de 2023 do Previner Brasil no município de Uraí, encontra-se um percentual de 30% para pessoas hipertensas com consulta e pressão arterial aferida no município. Isso mostra um déficit em relação ao acompanhamento desses pacientes por todas as ESF do município.

Sendo assim, ao verificarmos que a hipertensão arterial tem alta prevalência, baixas taxas de controle e alto risco de complicações, justifica-se a implementação de um projeto de intervenção e atuação multiprofissional para melhorar o controle pressórico dos pacientes da ESF III no município de Uraí (PR).

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, geralmente não associada a sintomas e caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Com frequência, está relacionada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, como: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos (Ministério da Saúde, 2021).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. Estudos populacionais realizados nos últimos 20 anos em cidades brasileiras apontam uma preponderância de HAS maior que 30% e uma taxa de controle da pressão de 19,6%. As taxas de contenção são maiores em municípios com ampla cobertura das ESF e chega a valores de 26,1% (Sociedade Brasileira de Cardiologia *et al*, 2010).

A doença cardiovascular é a principal causa de morte em nosso país, sendo responsável por 27,3% dos óbitos no ano de 2017. Segundo o relatório Carga global de doenças e fatores de risco cardiovasculares, 400 mil brasileiros morreram por doenças cardiovasculares em 2022. No período de uma década (2008 a 2017), foram estimadas 667.184 mortes atribuíveis a HA no Brasil (Sociedade Brasileira de Cardiologia *et al*, 2020).

Os principais fatores de risco para a hipertensão arterial são: a idade, com prevalência de 60% em pessoas acima de 60 anos; o sexo masculino; a hereditariedade; e pessoas de raça não-branca. Entre os fatores de risco modificáveis encontramos: a obesidade, o consumo de sal, a ingestão de bebida alcoólica e o sedentarismo. Além disso, o tabagismo é o único fator de risco totalmente evitável para a doença e morte cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Cardiologia *et al*, 2010).

As lesões em órgão-alvo caracterizam-se por alterações estruturais e/ou funcionais em artérias ou órgãos causadas pelo aumento da pressão arterial. Em pacientes com aumento da PA, deve ser investigado se existe hipertrofia ventricular esquerda, doença renal crônica a partir do estágio 3 (taxa de filtração glomerular <60 ml/min/m), microalbuminúria e retinopatia hipertensiva (Ministério da Saúde, 2021). A principal causa de mortalidade da HAS está relacionada às lesões no órgão-alvo (Sociedade Brasileira de Cardiologia *et al*, 2010).

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial inclui a confirmação do diagnóstico e a avaliação do risco cardiovascular. São considerados hipertensos os indivíduos com PAS 140 mmHg e/ou PAD 90 mmHg. Quando realizado o diagnóstico com medidas no consultório, devem ser consideradas repetidas mensurações em duas ou mais visitas médicas, de acordo a um intervalo de dias ou semanas (Sociedade Brasileira de Cardiologia *et al*, 2020). O diagnóstico será feito em uma única visita caso PA > 180/110 mmHg com evidência de doença cardiovascular (Ministério da Saúde, 2021).

A figura 1 mostra o risco global do paciente hipertenso de acordo com seus fatores de risco ou lesão de órgão-alvo, relacionados com o estágio de sua hipertensão arterial.

Figura 1 – Estratificação de risco global do paciente hipertenso

Fatores de risco	PA normal alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2021).

Está amplamente estabelecida a relação causal, linear e contínua entre o aumento da pressão arterial (PA) e o risco de doença cardiovascular (DCV) em ambos os sexos, todas as idades e todos os grupos étnicos. Assim, é fundamental realizar o cálculo do risco cardiovascular para nortear medidas preventivas, de tratamento e o prognóstico deste paciente (Ministério da Saúde, 2006). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020) orienta a contagem por meio da Calculadora para Estratificação de Risco Cardiovascular, disponibilizada pelo Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Existem duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento não medicamentoso, que é baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda

de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável e cessação do tabagismo), e o tratamento medicamentoso (Ministério da Saúde, 2006). Em pacientes no estágio 1 de hipertensão e com baixo risco, é possível iniciar o tratamento com mudanças no estilo de vida e observar os controles pressóricos antes de iniciar uso de medicamentos anti-hipertensivos (figura 2).

Figura 2 – Decisão terapêutica segundo o risco e pressão

	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1 (140-159/90-99)	MEV (até 12 meses)	MEV** (até 6 meses)	TM
Estágios 2 (≥160 / ≥100)	TM	TM	TM

MEV = Mudança de estilo de vida; TM = Tratamento Medicamentoso.

* TM se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes melito.

** TM se múltiplos fatores de risco.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2006)

A pesquisa *Association of insufficient practice of physical activity with demographic, anthropometric and biochemical factors in hypertensive patients*, realizada em três unidades de saúde de São Luís (MA), com amostra aleatória de 305 hipertensos, encontrou atividade física insuficiente em 38,7% da amostra.

Segundo os autores, houve alta prevalência da associação de falta de atividades físicas com baixa escolaridade, também se encontrou LDLc alterado nessa população (CANTANHEDE *et al.*, 2021).

O estudo Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia (Silveira *et al.*, 2013), buscou analisar fatores associados à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e sua relação com o estado nutricional de indivíduos hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA no município de Marques de Souza (RS). Os resultados mostraram que a prevalência de excesso de peso foi de 76,8% em adultos. Tanto adultos como idosos apresentaram média de circunferência da cintura e classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) acima dos níveis desejados.

A adesão a hábitos de vida saudáveis favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações. Entretanto, apenas um

terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde têm a pressão arterial controlada, sendo a falta de adesão ao tratamento a principal causa do descontrole e agravamento da doença (Ministério da Saúde, 2006).

No estudo Dificuldade em tomar medicamentos e acidente vascular encefálico em idosos com hipertensão arterial sistêmica: Estudo Fibra (TORRES *et al.*, 2021), realizado em 14 cidades das cinco regiões brasileiras, com participação de 3502 idosos que apresentam hipertensão arterial, concluiu serem os homens integrantes da pesquisa aqueles com mais relatos de dificuldades em tomar medicamentos (não adesão não intencional) e maior chance de ter um acidente vascular encefálico (AVE), principalmente os que moravam com cônjuges. A pesquisa também mostra que as medidas educativas não devem abranger apenas os pacientes, mas também orientações para toda a estrutura familiar.

Encontra-se uma superioridade do controle da pressão arterial em pacientes com abordagem multiprofissional, comparada com o tratamento convencional. O acompanhamento aumenta a qualidade de assistência, melhora a adesão e sucesso terapêutico, reduz os fatores de risco cardiovasculares, reduz a morbidade e a mortalidade (Sociedade Brasileira de Cardiologia *et al.*, 2020).

Na atenção primária, as atuações multiprofissionais têm maior poder de integração e o desempenho da equipe concretiza-se de forma efetiva. A equipe multiprofissional pode ser composta por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, nutricionista, psicólogo, assistente social, profissional de educação física, fisioterapeuta, farmacêutico, musicoterapeuta, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Não é necessária a existência de todos os componentes (Sociedade Brasileira de Cardiologia *et al.*, 2020).

Ao considerar a Política Nacional de Atenção Básica, destaca-se:

a atenção básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária." (Ministério da Saúde, 2017).

Um estudo que avaliou a acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial na estratégia de saúde da família no Município de Campina Grande (PB) mostrou que os pacientes estavam satisfeitos com a acessibilidade geográfica e econômica. Porém, os resultados foram regulares quanto à acessibilidade organizacional e sociocultural da ESF (MELO et al., 2015).

A equipe multiprofissional pode desenvolver ações educativas e terapêuticas com grupos de pacientes, seus familiares e a comunidade. É importante lembrar que a implementação de qualquer um dos métodos deve respeitar as particularidades sociais e culturais, locais e regionais. Entender os mitos culturais sobre a HAS e as experiências anteriores de pacientes e familiares ajudam no controle da doença.

Diante do exposto, percebemos que uma equipe multiprofissional, como a ESF, que atua na atenção primária, é essencial para um controle efetivo da HAS por meio de incentivos à mudança de hábitos de vida e orientação em saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Este trabalho tem como objetivo geral reestruturar a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF III) no acompanhamento e cuidado integral ao grupo de hipertensos da área de abrangência, visando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

4.2 Objetivos específicos

- Realizar orientações educativas, com o apoio da equipe multiprofissional, sobre mudanças de estilo de vida nos grupos de pacientes hipertensos.
- Orientar o uso correto de medicações e a importância da adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes participantes do grupo de educação em saúde.
- Avaliar os resultados de aferições de pressão realizados no início e ao final dos acompanhamentos realizados nos grupos de educação em saúde da ESF III durante 12 meses.
- Avaliar a evolução do risco cardiovascular dos pacientes, por meio de calculadoras específicas, ao longo de 12 meses de intervenção no grupo de educação em saúde da ESF III.

5 METODOLOGIAS

O projeto de intervenção visa reestruturar a ação da ESF III com o grupo de hipertensos de sua área de abrangência, no município de Uraí (PR). A realização deste trabalho aconteceu em três momentos: diagnóstico situacional de saúde, levantamento bibliográfico e elaboração do plano de intervenção.

O diagnóstico situacional foi realizado por meio do método de estimativa rápida, que desenvolve discussões entre membros da equipe e colhe informações listadas por eles. Além disso, foram observados registros do prontuário eletrônico dos pacientes cadastrados e informações das planilhas dos grupos de HIPERDIA. Após o levantamento, os problemas foram classificados de acordo com sua prioridade, conforme descrito no quadro 1.

A próxima etapa foi a realização de um levantamento bibliográfico sobre o problema definido como prioritário: elevado número de hipertensos. Realizou-se uma pesquisa na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com as seguintes palavras-chave: hipertensão arterial, educação em saúde, HIPERDIA e atenção primária em saúde. Além disso, foram consultados documentos de órgão públicos, como: linhas guias de cuidado do adulto com hipertensão e cadernos de atenção básica, além de diretrizes de hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

O plano de intervenção foi construído após a estipulação do problema prioritário e visa solucionar seus nós críticos. Para cada nó crítico selecionado realizou-se um desenho de operações e elaboração do plano operativo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado: “elevado índice de hipertensos”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), explicação (quarto passo) e seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nó crítico”, definiram-se operações, projeto, resultados esperados, produtos esperados e recursos necessários para a concretização das ações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS *et al*, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A hipertensão arterial é a doença crônica mais prevalente no Brasil, acometendo em torno de 23% da população. Desses, apenas 14% apresentam controle adequado (OPAS, 2022). Na área de abrangência da ESF III, do município de Uraí (PR), encontramos dados semelhantes às informações nacionais: 21,87% dos pacientes com diagnóstico de hipertensão e apenas 30% com acompanhamento adequado, segundo registros do terceiro quadrimestre de 2023 presentes no Previne Brasil.

Dessa forma, reestruturar o grupo de hipertensos do município irá melhorar as ações de promoção de saúde através da participação da equipe multiprofissional, abrangendo mais pacientes com tratamento inadequado da hipertensão arterial.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A hipertensão arterial sistêmica é um dos principais problemas de saúde pública devido a sua alta prevalência associada às pequenas taxas de controle. A baixa adesão ao tratamento aumenta o risco de lesões de órgão-alvo, o que pode levar uma pessoa à mortalidade e morbidade. Na área de abrangência da ESF III encontramos 38 pacientes com sequelas de acidente vascular encefálico, 24 moradores que apresentaram infarto agudo do miocárdio e 43 indivíduos em acompanhamento por lesão renal. Estes números confirmam que as baixas taxas de controle da doença aumentam os riscos de complicações.

O acompanhamento da equipe multiprofissional associado às mudanças de hábitos de vida, como redução do peso, diminuição da ingestão de sal e exercícios físicos, são recomendados em conjunto com o tratamento medicamentoso para redução e controle da pressão arterial (Sociedade Brasileira de Cardiologia *et al*, 2020).

Dessa forma, é importante reestruturar a equipe de ESF para melhorar o suporte e prevenção de saúde aos pacientes, uma vez que a baixa adesão ao tratamento, muitas vezes, é consequência de uma doença silenciosa ou do fato de que as pessoas não têm conhecimento sobre sua evolução, controle e complicações.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos são algumas das causas do problema elencado e sobre as quais temos capacidade de intervir. Quando resolvidos, têm impacto importante na questão escolhida (CAMPOS *et al*, 2018).

Os nós críticos identificados após a análise realizada pela equipe foram:

- **Hábitos de vida inadequados:** a maioria dos pacientes hipertensos acompanhados no grupo de HIPERDIA apresentam dieta inadequada, estão com sobrepeso e são sedentários. Uma parte desse grupo, principalmente homens, é tabagista. Hábitos de vida saudáveis estão diretamente ligados a um bom controle de pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular.
- **Uso inadequado de medicações:** muitos dos pacientes hipertensos acompanhados pelo grupo de HIPERDIA realizam uso incorreto de remédios devido a polifarmácia¹¹ e têm dificuldade de organizar suas medicações, principalmente pessoas idosas que não têm suporte familiar.
- **Pouca participação multiprofissional no grupo de hipertensos:** o município de Uraí (PR) conta com uma equipe de educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. Porém, não há participação destes profissionais no grupo de hipertensos realizado pela equipe ESF III. A participação multiprofissional agrega conhecimento aos usuários, os orienta e incentiva a melhorarem hábitos de vida.

¹ uso rotineiro e concomitante de quatro ou mais medicamentos por um paciente (OMS).

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 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “elevado índice de hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família III, do município de Uraí, estado do Paraná

Nó crítico 1	Hábitos de vida inadequados.
6º passo: operação (operações)	Estimular alimentação saudável, atividades físicas e cessação do tabagismo.
6º passo: projeto	Viva Saudável
6º passo: resultados esperados	Diminuir em 20% o número de pacientes com alto risco cardiovascular no prazo de um ano e conscientizar a população sobre hábitos de vida saudáveis.
6º passo: produtos esperados	Implantar um grupo de atividades físicas, realizar palestras sobre alimentação saudável, estimular a participação no grupo de tabagismo e de hipertensos.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de estímulo à adesão ao programa. Financeiro: aquisição de material didático sobre práticas de atividade física. Político: apoio da Secretaria Municipal de Saúde para organização da participação multiprofissional nas atividades.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: capacitação e motivação da equipe. Político: mobilização social e da Secretaria Municipal de Saúde para a divulgação do projeto.

	Financeiro: repasse de recursos para aquisição de materiais necessários.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsáveis: ESF III. Motivação: favorável. Estratégias: reunião com a Secretaria Municipal de Saúde e demais profissionais para participação e auxílio na execução do programa.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: médica e enfermeira da equipe de saúde da família para organização do programa: educadores físicos responsáveis pelos grupos de atividade física; nutricionista encarregada pelas palestras sobre alimentação e enfermeiro da UBS incubido pelo grupo de tabagismo. Prazos: reavaliar resultados do programa no prazo de um ano.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação do risco cardiovascular dos pacientes e medida da pressão arterial antes, durante e após um ano de participação no programa.

Fonte: elaborado pelo autor (2024)

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “elevado número de hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família III, do município de Uraí, estado do Paraná

Nó crítico 2	Uso inadequado de medicações.
6º passo: operação (operações)	Estimular o uso correto de medicações anti-hipertensivas.
6º passo: projeto	Remédio certo
6º passo: resultados esperados	Melhorar em 50% a adesão, o uso correto de medicações e o controle da pressão arterial dos pacientes participantes do grupo de hipertensos.
6º passo: produtos esperados	Reorganizar as receitas e orientar sobre o uso e horários corretos das medicações.
6º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: conhecimento sobre as medicações e interações medicamentosas.</p> <p>Financeiro: materiais para confecção de receitas didáticas destinadas aos pacientes analfabetos e de caixa para separação de medicações por dia e horário.</p> <p>Político: apoio social para idosos vulneráveis que não têm suporte familiar e apresentam dificuldades para buscar medicamentos ou entender seu uso.</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Cognitivo: capacitação da equipe para reconhecimento de pacientes com uso incorreto de medicações.</p> <p>Político: apoio social para idosos vulneráveis que não tem suporte familiar e apresentam dificuldades para buscar medicamentos e entender seu uso.</p> <p>Financeiro: repasse de recursos para aquisição do material necessário.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Responsáveis: ESF III e farmacêutico municipal.</p> <p>Motivação: favorável.</p> <p>Estratégias: reunião com a equipe para definição de estratégias para organização das caixas de medicação e entrega de medicações em domicílio para idosos vulneráveis. Renovação de receitas e orientações individuais feita pela médica da ESF</p>

	sobre o uso correto das medicações no grupo de hipertensos.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: médica da ESF, ACS e farmacêutico. Prazos: reavaliar resultados do programa no prazo de um ano.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliar se houve melhora no controle de pressão arterial após adesão e uso correto de medicações no período de um ano de participação no programa.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “elevado número de hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família III, do município de Uraí, estado do Paraná

Nó crítico 3	Pouca participação multiprofissional no grupo de hipertensos.
6º passo: operação (operações)	Estimular e motivar a participação de fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas, psicólogos e farmacêuticos nos grupos de hipertensos.
6º passo: projeto	Equipe unida
6º passo: resultados esperados	Mudança no processo de trabalho da equipe com atuação multiprofissional no grupo de hipertensos.
6º passo: produtos esperados	Profissionais motivados e comprometidos para atender os pacientes.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: capacitação dos profissionais das diferentes áreas para atuação na promoção e prevenção de saúde de hipertensos. Financeiro: custeio de cursos para capacitação, qualificação e atualização dos profissionais. Político: disponibilidade do profissional para atuação no grupo pela Secretaria Municipal de Saúde.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: educação continuada para diferentes áreas de atuação profissional com foco na saúde dos hipertensos. Político: articulação entre os profissionais para participação no projeto. Financeiro: custeio de cursos e materiais para o atendimento dos profissionais no grupo de hipertensos.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsáveis: ESF III. Motivação: favorável. Estratégias: reuniões mensais com todos os profissionais envolvidos para definição de agenda e participação de cada um no grupo de hipertensos.

	Liberação pela Secretaria Municipal de Saúde dos profissionais para participação no projeto.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: ESF III. Prazos: reavaliar resultados do programa no prazo de um ano.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliar se a participação multiprofissional no grupo de hipertensos proporcionou melhora da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, refletindo em um melhor controle de pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular após envolvimento no projeto por um ano.

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica com alta prevalência mundial. O diagnóstico situacional realizado pelos profissionais da ESF III da cidade de Uraí (PR) identificou um alto número de hipertensos, o que caracteriza este como um dos principais problemas da comunidade, uma vez que a doença é associada às baixas taxas de controle.

As propostas do projeto para resolução dos nós críticos encontrados visam o enfrentamento da doença, a fim de diminuir suas complicações e melhorar a qualidade de vida do paciente por meio de ações que contribuam na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

O acompanhamento multiprofissional de indivíduos hipertensos é essencial para o controle da pressão arterial. Dessa forma, a participação de profissionais do município que não pertencem à ESF III, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e educadores físicos, é parte fundamental para o sucesso do projeto. Entretanto, a inclusão dessas pessoas qualificadas pode ser limitada pela sua falta de motivação e pela liberação da Secretaria Municipal de Saúde, que deve destinar parte de suas cargas horárias para a proposta.

Com relação aos pacientes hipertensos, a principal dificuldade do projeto será mantê-los motivados para seguirem o tratamento medicamentoso, mas, principalmente, o não medicamentoso, uma vez que exige um esforço extra para mudança de hábitos de vida.

Espera-se que, mesmo com as dificuldades encontradas, a proposta de intervenção atinja seu objetivo: reestruturar a atuação da equipe ESF III no grupo de hipertensos da área de abrangência, para buscar um melhor controle de pressão arterial e a diminuição do risco cardiovascular desses indivíduos.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IBGE . *Censo Brasileiro de 2022*. 2022. Disponível em:
<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/urai.html>. Acesso em: 15/05/2024.
2. IPARDES. *Caderno Estatístico Município De Uraí*. 2024. Disponível em:
<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=86280btOk=ok>
Acesso em: 15/06/2024.
3. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção Básica nº 15 – Hipertensão arterial sistêmica*. 2006. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernoatencaobasica15.pdf> Acesso em: 15/06/2024.
4. Ministério da Saúde, *PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017*. 2017. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt243622092017.html>
Acesso em: 15/06/2024.
5. Ministério da Saúde, *Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica*. 2021. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhacuidadoadultohipertensaoarterial.pdf>
Acesso em: 15/06/2024.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001> Acesso em: 15/06/2024.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. 2020. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizesbrasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/> Acesso em: 15/06/2024.
8. CAMPOS, F.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. *Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde*. 2018. Disponível em:
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>>. Acesso em: 05/07/2024.

9. CANTANHEDE, N. et al. *Association of insufficient practice of physical activity with demographic, anthropometric and biochemical factors in hypertensive patients*. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040161>>. Acesso em: 15/06/2024.
10. MELO, E. d. et al. *Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família*. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150017>>. Acesso em: 15/06/2024.
11. OPAS, *Diretriz para o tratamento farmacológico da hipertensão arterial em adultos*. 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56500/9789275726266_por.pdf?sequence=1> Acesso em:15/06/2024.
12. TORRES, J. et al. *Difficulty in taking medication and stroke among older adults with systemic arterial hypertension: the Fibra Study*. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.29292019>>. Acesso em: 15/06/