


RELATO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NÃO CONTROLADA EM POPULAÇÃO ADSCRITA A UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CEILÂNDIA- BRASÍLIA, DF

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9371912402124>

Data de aceite: 03/12/2024

Rafael Victor Vieira Frujeri

Médico de Família e Comunidade -
Universidade Federal do Maranhão -
UFMA

Maria de Lourdes Vieira Frujeri

Doutora em Ciências da Saúde -
Universidade de Brasília - UNB

Roberta Janaína Soares Mendes

Mestre em Odontologia/ Área de
Concentração em Odontopediatria - FOP/
UNICAMP

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica é um fator de risco preponderante para doenças cardiovasculares, frequentemente mal controlado na população. Este Projeto de Intervenção visa reduzir a prevalência de hipertensão não controlada entre os pacientes da QNP 5 da Ceilândia-DF, por meio de ações multidisciplinares, que incluem programas educacionais para mudanças no estilo de vida, consultas regulares para ajuste medicamentoso e práticas continuadas de exercícios físicos. O projeto será desenvolvido em quatro etapas: planejamento – que abrangerá a capacitação das equipes, a

identificação e a convocação do público-alvo; intervenção – que compreenderá ações educativas, consultas e atividades físicas supervisionadas, realizadas por uma equipe multidisciplinar; monitoramento – que acompanhará o progresso das ações implementadas; e encerramento – que avaliará os resultados obtidos com o projeto. Espera-se uma redução na prevalência de hipertensão não controlada e um avanço no conhecimento dos pacientes em saúde preventiva, resultando na adoção de hábitos de vida mais saudáveis, melhor adesão à terapia farmacológica, além de uma melhor autogestão de suas condições clínicas. A implementação bem-sucedida deste projeto poderá servir de modelo para outras regiões com características semelhantes, contribuindo para a redução das taxas de hipertensão não controlada em nível nacional. E fornecerá informações valiosas para futuras iniciativas e pesquisas na área da saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças crônicas não-transmissíveis; promoção à saúde e prevenção de doenças; hipertensão; doenças cardiovasculares; prevenção e controle.

REPORT OF AN INTERVENTION PROJECT TO REDUCE THE PREVALENCE OF UNCONTROLLED SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN A POPULATION ASSIGNED TO A FAMILY HEALTH TEAM IN CEILÂNDIA-BRASILIA, DF.

ABSTRACT: Hypertension is a preponderant risk factor for cardiovascular diseases, frequently poorly controlled in the population. This Intervention Project aims to reduce the prevalence of uncontrolled hypertension among patients in QNP 5 of Ceilândia-DF, through multidisciplinary actions, including educational programs for lifestyle changes, regular appointments for medication adjustment and continued physical exercise practices. The project will be developed in four stages: planning – which will cover team training, identification and convening of the target audience; intervention – which will include educational actions, consultations and supervised physical activities, carried out by a multidisciplinary team; monitoring – which will monitor the progress of implemented actions; and closure – which will evaluate the results obtained with the project. A reduction in the prevalence of uncontrolled hypertension is expected, along with improved patient knowledge in preventive health, resulting in the adoption of healthier lifestyle habits, better adherence to pharmacological therapy, and enhanced self-management of their clinical conditions. The successful implementation of this project could serve as a model for other regions with similar characteristics, contributing to reducing rates of uncontrolled hypertension at a national level. And it will provide valuable information for future initiatives and research in public health.

KEYWORDS: Chronic non-communicable diseases; health promotion and disease prevention; hypertension; cardiovascular diseases; prevention and control.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser definida como um nível sustentadamente elevado de pressão arterial (PA). Ela faz parte de um contexto maior, denominado síndrome metabólica, a qual abrange outras doenças, como a diabetes mellitus (DM), a obesidade e a dislipidemia (BARROSO *et al.*, 2021). Trata-se do fator de risco modificável mais relevante para o surgimento de doenças cardiovasculares (DCVs), superando em frequência outros importantes fatores, como o tabagismo, a dislipidemia e a diabetes (BLOCH e BASILE, 2024). As DCVs compreendem uma variedade de condições, como o acidente vascular encefálico (AVE), a doença arterial coronariana, a insuficiência cardíaca, a fibrilação atrial, o aneurisma da aorta abdominal e a doença cardiovascular periférica.

Embora tenha ocorrido progresso no diagnóstico da hipertensão e diversas opções de tratamento estejam disponíveis, uma parcela significativa da população ainda não consegue mantê-la sob controle. As taxas globais de controle da PA permanecem insatisfatórias e distantes dos níveis ideais (WILLIAMS *et al.*, 2018 citados por LUZ; SILVA-COSTA; GRIEP, 2020). Importante estudo aponta uma prevalência elevada da hipertensão em nível mundial e aproximadamente metade das pessoas com essa condição não alcança

um controle adequado da pressão (BASILE e BLOCH, 2024). Cerca de 75% das pessoas com essa enfermidade residem em países em desenvolvimento, onde os recursos de saúde são escassos, o conhecimento sobre a doença é limitado e o controle da PA é insuficiente (IBRAHIM e DAMASCENO, 2012). No Brasil, a doença atinge 28,7% dos adultos e a taxa de controle tem mostrado uma tendência de queda ao longo do tempo. Uma meta-análise de estudos populacionais revelou que o controle da PA no país foi de apenas um quarto dos casos (PICON *et al.*, 2012 citados por Picon *et al.*, 2017).

No Distrito Federal (DF), a situação não é diferente. A prevalência de adultos que referem diagnóstico de HAS nesta região é de 26,1%, sendo que esta frequência aumenta em indivíduos com menor nível de escolaridade. A Ceilândia, uma das maiores e mais populosas regiões administrativas do DF, segue a tendência de alta prevalência de HAS, associada a uma baixa taxa de controle da doença. Esse cenário é agravado por fatores socioeconômicos como baixo nível de escolaridade, renda familiar limitada e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, que contribuem para um menor conhecimento sobre a doença e, conseqüentemente, para uma menor adesão ao tratamento (BRASIL, 2023).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento contínuo da HAS. Como porta de entrada para o sistema de saúde, é responsável por identificar os indivíduos em risco, oferecer educação em saúde, monitorar regularmente a PA e promover mudanças no estilo de vida, contribuindo para o controle da hipertensão. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é particularmente importante nesse contexto, pois se baseia em um modelo de atenção integral e continuada, capaz de intervir precocemente na HAS e evitar a progressão para complicações mais graves, como infarto agudo do miocárdio (IAM), AVE e insuficiência renal (MENDES *et al.*, 2019).

Diante do cenário epidemiológico desafiador e das barreiras existentes para o controle da HAS, torna-se imperativo o desenvolvimento de estratégias de intervenção que promovam o controle eficaz da PA. Este projeto de intervenção (PI) visa reduzir a prevalência de hipertensão arterial não controlada na população da QNP 5 da Ceilândia-DF, por meio de ações integradas e multidisciplinares, que incluem a educação em saúde, mudanças no estilo de vida (MEVs), adesão ao tratamento medicamentoso e suporte contínuo por parte da APS. A justificativa para este projeto se baseia na necessidade de criação de um plano estratégico organizado, com o propósito de melhorar os indicadores de saúde relacionados à HAS na região, minimizando os riscos associados e promovendo uma melhor qualidade de vida para os pacientes hipertensos.

JUSTIFICATIVA

A HAS é um dos principais fatores de risco para DCVs, que são responsáveis por uma significativa parcela das mortes evitáveis no Brasil e no mundo. Dada a sua relevância, trata-se de uma comorbidade que integra os indicadores do Programa Previne Brasil, criado pelo Ministério da Saúde (MS) com o intuito de expandir o acesso, aprimorar a qualidade e promover maior equidade na APS (HARZHEIM, 2020). Dentro dessa perspectiva, alguns autores demonstraram o papel fundamental da APS na prevenção e no manejo adequado de pacientes hipertensos, com a conseqüente diminuição de complicações cardiovasculares e da sobrecarga do sistema hospitalar (ROCHA *et al.*, 2022).

Este PI justifica-se pela necessidade de criação de um plano de ações estruturado que se mostre efetivo no controle da HAS na população da QNP 5 da Ceilândia-DF, a fim de reduzir a morbimortalidade associada a complicações cardiovasculares. A implementação de estratégias baseadas na APS, alinhadas às diretrizes nacionais e internacionais de manejo da hipertensão, é essencial para superar as barreiras existentes e proporcionar um cuidado integral e eficaz aos pacientes. Assim, o projeto busca contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos hipertensos e para a redução dos impactos econômicos e sociais da doença.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Definição, diagnóstico e metas terapêuticas

A HAS consiste na elevação persistente da PA sistólica (PAS) a valores maiores ou iguais a 140 mmHg e/ou da PA diastólica (PAD) a valores maiores ou iguais a 90 mmHg. Tais medidas devem ser obtidas em pelo menos duas ocasiões diferentes, sendo recomendado, quando possível, a validação de tais medidas por meio de avaliações da PA fora do consultório - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou Automedida da Pressão Arterial (AMPA). Em relação ao controle da PA, objetivo deste projeto, os valores a serem alcançados como meta variam conforme o risco cardiovascular (RCV) do paciente. Consoante às Diretrizes Brasileiras, são eles: PAS <140 mmHg e PAD <90 mmHg para indivíduos de baixo ou moderado riscos; e PAS <130 mmHg e PAD <80 mmHg para aqueles com alto risco (BARROSO *et al.*, 2021).

Tratamento, controle e prevenção

O controle adequado da PA pode ser obtido por diferentes ações descritas em literatura científica. A maioria envolve teorias de mudança de comportamento e estratégias de promoção da saúde. A prevenção é reconhecida como a opção mais eficaz em termos de custo-benefício, e o foco principal do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser a abordagem adequada dos fatores de risco (BARROSO *et al.*, 2021). Até o momento, a maioria das intervenções tem se concentrado na promoção de comportamentos de autogestão da hipertensão, como o automonitoramento da PA, a adoção de MEVs (incluindo alimentação, prática de exercícios e moderação ou abstinência do consumo de álcool), a melhoria na adesão aos medicamentos e a participação ativa dos pacientes nas decisões sobre seus cuidados junto aos médicos. Esses comportamentos são a base das orientações recomendadas para o tratamento da hipertensão e têm mostrado resultados significativos no controle da condição entre os pacientes tratados (CAREY *et al.*, 2018). Uma importante metanálise comparativa acerca da efetividade de intervenções não farmacológicas na redução da PA concluiu que a *Dietary Approach to Stop Hypertension* (DASH) foi considerada a intervenção mais eficaz, seguida por exercícios aeróbicos e isométricos, ingestão de sal com baixo teor de sódio e alto teor de potássio e modificação abrangente do estilo de vida. A restrição de sal também foi relevante (FU *et al.*, 2020).

A DASH representa um padrão alimentar que inclui grande quantidade de frutas, vegetais, laticínios com baixo teor de gordura, grãos integrais, aves, peixes e nozes, e que limita o consumo de doces, bebidas açucaradas e carnes vermelhas. Destarte, é rica em potássio, magnésio, cálcio, proteínas e fibras, mas possui baixo teor de gordura saturada, gordura total e colesterol (BASILE e BLOCH, 2024). Appel *et al.* (1997) constataram a eficácia desta dieta na redução da PA, o que foi corroborado por Gay *et al.* (2016) e Sacks *et al.* (2001).

Em relação ao benefício do exercício físico no controle da PA, as Diretrizes Canadenses de Hipertensão recomendam 30 a 60 minutos de exercícios aeróbicos de intensidade moderada, 4 a 7 dias por semana (RABI *et al.*, 2020); enquanto as Diretrizes Europeias de Hipertensão aconselham pelo menos 30 minutos de exercício dinâmico moderado, 5 a 7 dias por semana (WILLIAMS *et al.*, 2018). Lee *et al.* (2021), Whelton *et al.* (2002) e Lee *et al.* (2010) reforçam a eficácia da atividade física na redução da PA.

Outras medidas não farmacológicas associadas à diminuição da PA são a perda de peso e a limitação do consumo de álcool, cujas eficácias podem ser ratificadas por Neter *et al.* (2003) e Roerecke *et al.* (2017), respectivamente.

No que concerne às intervenções farmacológicas, é importante destacar a relevância de outros profissionais, em adição aos médicos, nos cuidados ao paciente hipertenso. Diante de diversas intervenções testadas nas últimas décadas para melhorar o controle da PA, as abordagens mais eficazes envolveram uma reorganização da prática clínica, incorporando enfermeiros e farmacêuticos, em um modelo baseado em equipe para o cuidado da hipertensão. Ademais, constatou-se a grande utilidade da AMPA no monitoramento e controle da PA (WALSH *et al.*, 2006; GLYNN *et al.*, 2010; CARTER *et al.*, 2009; CUELLAR *et al.*, 2014; PROIA *et al.*, 2014; UHLIG *et al.*, 2013 citados por MARGOLIS *et al.*, 2015).

Estudos apontam que a redução da PA com anti-hipertensivos tem como escopo primordial a redução dos desfechos cardiovasculares e da mortalidade relacionada à HAS (WHELTON *et al.*, 2017; WILLIAMS *et al.*, 2018; MALACHIAS *et al.*, 2016; BARBOSA *et al.*, 2017 citados por BARROSO *et al.*, 2021). A maior parte dos estudos preconizam quatro classes medicamentosas para manejo inicial da hipertensão: diuréticos tiazídicos, bloqueadores dos canais de cálcio de ação prolongada (BCC), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) (BASILE e BLOCH, 2024).

Barreiras existentes e o papel da APS

Vários fatores interferem no controle eficaz da HAS, incluindo o acesso limitado aos serviços de saúde, a falta de programas educativos sobre a doença, a baixa adesão dos pacientes às MEVs e ao tratamento medicamentoso, e a incapacidade do paciente em autogerir a sua condição clínica. Tais fatores predominam, sobretudo, em áreas periféricas e com menos recursos, como é o caso da QNP 5 da Ceilândia-DF.

Nesse sentido, a APS assume um papel de destaque no gerenciamento desta patologia. De acordo com a Nota Técnica no 18/2022 do MS, o acompanhamento adequado realizado pelas equipes da APS dos casos leves e moderados de hipertensão, que representam a maior parte dos diagnósticos, é essencial para assegurar o tratamento correto e o controle da PA. Ainda, segundo o mesmo documento, implementar uma intervenção educativa de forma sistematizada e contínua com os profissionais de saúde é crucial para promover mudanças nas práticas relacionadas ao manejo dessa condição (BRASIL, 2022).

OBJETIVOS

Objetivo geral

Reduzir a prevalência de HAS não controlada na população da QNP 5 da Ceilândia-DF, por meio de um algoritmo que suplante as dificuldades existentes para o controle da PA.

Objetivos específicos

- Melhorar o acesso da população aos cuidados de saúde preventiva;
- Implementar programas educativos sobre a HAS;
- Promover MEVs, como dieta e exercícios físicos;
- Aprimorar a adesão ao tratamento medicamentoso;
- Emponderar o paciente na autogestão de sua condição clínica.

METODOLOGIA

Local:

O PI será realizado na capela “São Francisco de Assis” da QNP 5, localizada na região administrativa de Ceilândia, no Distrito Federal. A escolha desse local se deve à sua acessibilidade para a população-alvo, que reside nas proximidades, facilitando a participação dos pacientes hipertensos que têm dificuldades de deslocamento ou acesso aos serviços de saúde. A capela foi selecionada como um espaço estratégico não apenas por sua proximidade com a comunidade, mas também por ser um ambiente que já serve como ponto de encontro para diversas atividades comunitárias, sendo, portanto, um local familiar e de confiança para os moradores.

Além disso, a capela oferece uma infraestrutura adequada para a realização das diversas etapas do projeto. O espaço conta com uma sala ampla que será utilizada para as ações educativas e consultas. Essas salas são ventiladas, bem iluminadas e permitem a organização dos pacientes em grupos, de acordo com a programação do projeto. A área externa da capela também será utilizada para as atividades físicas, proporcionando um ambiente seguro e apropriado para a prática de exercícios ao ar livre.

O envolvimento da comunidade religiosa local é outro fator positivo, pois pode facilitar o engajamento dos participantes e a disseminação de informações sobre a importância do controle da hipertensão. A colaboração com líderes religiosos e comunitários é uma estratégia relevante para aumentar a adesão ao projeto, uma vez que essas figuras possuem uma influência significativa sobre os moradores da região.

Por fim, o fato de a capela estar situada em um ponto central da QNP 5 facilita o acesso dos profissionais de saúde envolvidos no projeto, permitindo uma logística eficiente para o transporte de equipamentos e materiais necessários para a execução das atividades previstas. A utilização deste espaço visa, portanto, garantir que o projeto atenda às necessidades da população-alvo de maneira eficiente e acolhedora, promovendo um ambiente propício para a realização de todas as ações planejadas.

Participantes:

O sucesso do PI dependerá do envolvimento ativo de diversos atores, cada um com responsabilidades específicas. Os participantes comporão dois grupos principais: o público-alvo e as equipes envolvidas na execução do projeto.

Público-alvo

O público-alvo será composto por pacientes hipertensos da QNP 5 da Ceilândia-DF que apresentam HAS não controlada. Esses indivíduos serão identificados a partir de registros em prontuários eletrônicos na Unidade Básica de Saúde (UBS) local, e selecionados com base em critérios clínicos, como a presença de valores de PA superiores aos estabelecidos nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. A seleção criteriosa desses pacientes será fundamental para garantir que o PI atinja aqueles que mais necessitam de intervenção. Os pacientes participantes representarão uma amostra significativa das condições socioeconômicas e de saúde da população da região. Muitos deles, enfrentam dificuldades no acesso regular aos serviços de saúde, baixa adesão ao tratamento medicamentoso, resistência ou dificuldades na adoção de mudanças no estilo de vida (MEVs), e um baixo nível de conhecimento sobre a importância do controle da PA. A motivação para a inclusão desses pacientes no projeto é fornecer um cuidado direcionado e personalizado que supere essas barreiras, promovendo a redução da prevalência de HAS não controlada.

Equipe de Saúde da Família (eSF)

A equipe de Saúde da Família (eSF) desempenhará um papel central na execução do projeto e será composta por:

- Médico: o médico da eSF será responsável pelo diagnóstico e manejo clínico dos pacientes hipertensos. Nesse contexto, o médico terá a função de ajustar as terapias medicamentosas de acordo com as metas de PA, orientar os pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento e monitorar a evolução clínica ao longo do projeto;
- Enfermeiro: o enfermeiro atuará na coordenação do cuidado, supervisionando as atividades da equipe e conduzindo ações educativas voltadas para o autocuidado dos pacientes. O enfermeiro também será fundamental na identificação de pacientes para o projeto e no monitoramento contínuo do estado de saúde dos participantes;
- Técnico de enfermagem: este profissional será responsável pelo suporte operacional durante as intervenções, incluindo a aferição da PA, a realização de registros, e o apoio logístico em consultas e atividades educativas. Sua atuação garantirá a coleta de dados precisa e o bom andamento das atividades clínicas;
- Agente comunitário de saúde (ACS): o ACS terá um papel estratégico, pois será o elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Ele será responsável pela convocação dos participantes, por meio de visitas domiciliares, e por monitorar a adesão dos pacientes ao PI. Além disso, o ACS desempenhará um papel importante na identificação de barreiras enfrentadas pelos pacientes e na promoção de atividades de educação em saúde dentro da comunidade.

Equipe Multiprofissional (eMulti)

A atuação da eMulti será essencial para abordar os diversos aspectos que influenciam o controle da HAS e integrará conhecimentos e práticas de diferentes áreas da saúde:

- **Nutricionista:** o nutricionista será responsável por conduzir ações educativas relacionadas à dieta e nutrição, focando em intervenções como a Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH), a restrição de sal e a promoção de uma alimentação saudável. Ele também fornecerá orientações personalizadas para cada paciente, de acordo com suas necessidades e condições clínicas, visando a adoção sustentável de hábitos alimentares que contribuam para o controle da PA;
- **Educador físico:** o educador físico liderará as atividades de promoção de exercícios físicos regulares, essenciais para o controle da PA. Suas responsabilidades incluirão a elaboração de programas de atividade física que sejam acessíveis e seguros para os pacientes, além da supervisão da prática dos exercícios durante as sessões programadas no PI. O educador físico trabalhará para motivar os pacientes a incorporarem a atividade física em suas rotinas diárias;
- **Fisioterapeuta:** o fisioterapeuta complementarás as atividades do educador físico, oferecendo suporte especializado para pacientes com limitações físicas ou outras condições que possam dificultar a prática de exercícios. Ele adaptará os exercícios às necessidades individuais, garantindo que todos os pacientes possam participar ativamente do programa de atividades físicas, promovendo assim o bem-estar e a saúde cardiovascular.

Ações estratégicas:

As ações estratégicas delineadas serão fundamentais para a implementação eficaz das medidas propostas. Elas se desdobrarão em quatro etapas principais: planejamento, intervenção, monitoramento e encerramento. Cada uma dessas etapas será interdependente e essencial para garantir o sucesso e a sustentabilidade das ações, visando o controle adequado da hipertensão na população alvo.

Planejamento

Esta será a etapa inicial e abrangerá: a capacitação das equipes, que ocorrerá na própria UBS, sob responsabilidade do médico e do enfermeiro da eSF, desempenhada de modo expositivo, com a utilização de recursos audiovisuais; a identificação e o planilhamento do público-alvo, também sob incumbência do médico e do enfermeiro que, com o auxílio dos prontuários eletrônicos, dividirão os pacientes em pequenos grupos; e a convocação dos participantes, a ser realizada pelos ACSs, pessoalmente, por meio de visitas domiciliares.

Intervenção

Esta etapa ocorrerá a cada 3 meses na capela, onde cada paciente de um determinado grupo passará pelos seguintes passos: triagem, ação educativa e consulta. A triagem será coordenada pelo técnico de enfermagem, o qual será responsável pela aferição, registro inicial da PA e classificação do RCV de cada integrante. Os pacientes, cujas PAs estiverem dentro da meta, serão excluídos do PI. A ação educativa consistirá em uma roda de conversa, que será conduzida pelo enfermeiro e pelo nutricionista, em que os participantes serão orientados quanto às medidas não farmacológicas mais importantes para o controle adequado da PA: DASH, restrição de sal, exercício físico, perda de peso e limitação da ingestão de álcool. A consulta será liderada pelo médico, momento no qual cada membro terá os seus medicamentos ajustados, conforme a sua meta de PA, e serão sanadas as dúvidas em relação à terapia farmacológica. Por fim, a atividade física corresponderá a um eixo transversal e contínuo, manejado pelo educador físico e pelo fisioterapeuta, em que serão praticados exercícios aeróbicos moderados e isométricos, 5 vezes por semana, com duração de 30 minutos.

Monitoramento

Esta será uma etapa contínua e suceder-se-á simultaneamente à intervenção, estendendo-se até o encerramento do projeto. O objetivo desta fase será acompanhar o progresso das ações implementadas, avaliando a efetividade das estratégias e realizando ajustes quando necessário. Ela será conduzida pelo próprio paciente, que, por meio da AMPA, verificará se se encontra dentro da meta estabelecida; e pela eSF, a cada 3 meses, nos retornos dos pacientes aos grupos.

Encerramento

Esta será a etapa final do projeto, em que será feita uma avaliação abrangente dos resultados obtidos, com o auxílio das planilhas e dos prontuários eletrônicos. Ela envolverá a análise dos dados coletados durante o monitoramento, com o objetivo de comparar os resultados alcançados com as metas estabelecidas no planejamento.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados deste PI estão diretamente ligados aos objetivos geral e específicos definidos e são fundamentados pelos estudos discutidos na revisão de literatura. A principal meta, apresentada no objetivo geral, é a diminuição da taxa de hipertensão não controlada entre os participantes. Ela está alinhada às Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, descritas por Barroso *et al.* (2021), as quais destacam a necessidade de atingir valores de PA adequados de acordo com o RCV de cada paciente. Isso significa alcançar PAS abaixo de 140 mmHg e PAD abaixo de 90 mmHg para indivíduos de risco baixo ou moderado, e valores de PAS abaixo de 130 mmHg e PAD abaixo de 80 mmHg para aqueles com alto risco.

O PI também tem a expectativa de melhorar o acesso da população aos cuidados de saúde preventiva e implementar programas educativos sobre a HAS. Tais objetivos específicos são defendidos pelo MS em sua Nota Técnica nº 18/2022 (BRASIL, 2022), que destaca o papel da APS no cumprimento dos mesmos e no gerenciamento da patologia em questão. A metodologia projetada converge com esses objetivos, por meio de um local acessível à população, da interação facilitada com uma equipe multidisciplinar e das intervenções educativas propostas pelo projeto, que incluem rodas de conversa, consultas médicas e atividades físicas supervisionadas.

Outros objetivos específicos são promover MEVs e aprimorar a adesão ao tratamento medicamentoso pelos pacientes. Tais objetivos são amplamente respaldados por estudos como os de Barroso *et al.* (2021) e Carey *et al.* (2018). As MEVs incluem a adoção da DASH, que se mostrou altamente eficaz na redução da PA, como comprovado por Appel *et al.* (1997), Gay *et al.* (2016) e Sacks *et al.* (2001), além de práticas de exercícios físicos regulares, recomendadas por Rabi *et al.* (2020), Williams *et al.* (2018), Lee *et al.* (2021), Whelton *et al.* (2002) e Lee *et al.* (2010). O aprimoramento da adesão ao tratamento medicamentoso tem grande importância na redução da morbimortalidade associada à hipertensão, o que tem sido reiterado por Whelton *et al.* (2017), Williams *et al.* (2018), Malachias *et al.* (2016), Barbosa *et al.* (2017) citados por Barroso *et al.* (2021). A metodologia aplicada pelo projeto, que foca tanto em mudanças comportamentais quanto no manejo clínico, está em consonância com a literatura supracitada, que enfatiza a combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o controle da doença hipertensiva.

O empoderamento do paciente na autogestão de sua condição clínica é outro relevante objetivo delineado pelo projeto. A intervenção busca melhorar o acesso ao cuidado preventivo, incluindo o monitoramento regular da PA por métodos como AMPA e MAPA, recomendados por Walsh *et al.* (2006), Glynn *et al.* (2010), Carter *et al.* (2009), Cuellar *et al.* (2014), Proia *et al.* (2024), Uhlig *et al.* (2013) citados por Margolis *et al.* (2015). Espera-se que o aumento da frequência das consultas de acompanhamento, além da integração entre os profissionais de saúde envolvidos - enfermeiros, médicos, nutricionistas e outros -, reforce a adesão dos pacientes e melhore os resultados de saúde. A abordagem multiprofissional proposta pelo projeto segue o modelo recomendado pela literatura apresentada.

Por fim, os resultados esperados também envolvem melhorias na qualidade de vida dos pacientes, com a expectativa de que o impacto positivo da intervenção se reflita não apenas na PA controlada, mas também na redução de complicações decorrentes da HAS e na diminuição dos custos associados ao tratamento de DCVs. Assim, o projeto se alinha às melhores práticas e evidências científicas, oferecendo um modelo que pode ser replicado em outras regiões para enfrentar o desafio da hipertensão não controlada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PI desenvolvido reflete a necessidade urgente de estratégias eficazes para o manejo da hipertensão em áreas com altos índices de prevalência e desafios socioeconômicos. A hipertensão, sendo um fator de risco significativo para DCVs, requer uma abordagem abrangente que englobe educação, monitoramento e suporte contínuo.

Por meio das ações propostas, o projeto busca não apenas controlar a PA dos pacientes, mas também promover um estilo de vida saudável e melhorar a adesão ao tratamento. O envolvimento de uma equipe multiprofissional garante uma abordagem integrada e personalizada, essencial para lidar com as múltiplas dimensões do problema.

A implementação bem-sucedida deste projeto poderá servir de modelo para outras regiões com características semelhantes, contribuindo para a redução das taxas de hipertensão não controlada em nível nacional. A experiência adquirida e os resultados obtidos fornecerão informações valiosas para futuras iniciativas e pesquisas na área da saúde pública.

A avaliação contínua e o monitoramento dos resultados são fundamentais para o ajuste das estratégias e para garantir a sustentabilidade dos benefícios alcançados. Com a colaboração de todos os envolvidos e a mobilização da comunidade, é possível enfrentar os desafios impostos pela hipertensão e promover uma melhoria significativa na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos afetados.

REFERÊNCIAS:

APPEL, L.J. et al. A Clinical Trial of the Effects of Dietary Patterns on Blood Pressure. *N. Engl. J. Med.*, 1997; Apr 336(16):1117-1124.

BARROSO, WKS. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol*, 2021; Mar 116(3):516-658.

BASILE, J.; BLOCH, M.J. Overview of hypertension in adults. *In: UpToDate*. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?search=hipertensao&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default &display_rank=1. Acesso em: 21 agosto 2024.

BLOCH, MJ.; BASILE, J Cardiovascular risks of hypertension. *In: UpToDate*. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-risks-of-hypertension>. Acesso em: 21 agosto 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica no 18/2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

- CAREY, RM. et al. Prevention and Control of Hypertension: JACC Health Promotion Series. J. Am. Coll. Cardiol. 2018; Sep. 72 (11): 1278-1293.
- FU, J et al. Nonpharmacologic Interventions for Reducing Blood Pressure in Adults With Prehypertension to Established Hypertension. J. Am. Heart Assoc. 2020; Oct. 9(19): 1-17.
- GAY, HC. et al. Effects of Different Dietary Interventions on Blood Pressure: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Hypertension, Apr., 2016; Apr. 67(4): 733-739.
- HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2020; Mar 25(4)::1189-1196.
- IBRAHIM, M.; DAMASCENO, A. Hypertension in developing countries. Lancet. 2012; Aug. 380: 611-619.
- LEE, L et al. The effect of walking intervention on blood pressure control: a systematic review. Int. J. Nurs. Stud., 2010; Dec. 47(12): 1545-1561.
- LEE, L. *et al.* Walking for hypertension. Cochrane Database Syst. Rev. 2021; Feb. 2(2): 1-251.
- LUZ, A. L. A.; SILVA-COSTA, A.; GRIEP, R. H. Pressão arterial não controlada entre pessoas idosas hipertensas assistidas pela Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2020; dez. 23(4): 1-14.
- MARGOLIS, K L et al. A Successful Multifaceted Trial to Improve Hypertension Control in Primary Care: Why Did it Work? J. Gen. Intern. Med. 2015; May.30(11): 1665-1672.
- MENDES, EV et al. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. 2a Edição. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.
- NETER, JE et al. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension. 2003; Nov. 42(5): 878-884.
- PICON, RV et al. Hypertension Management in Brazil: Usual Practice in Primary Care – A Meta-Analysis. Int. J. Hypertens. 2017; Jul. 2017: 1-9.
- RABI, DM et al. Hypertension Canada’s 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. Can. J. Cardiol. 2020; May. 36(5):596-624.
- ROCHA, TS et al. A importância da atenção primária à saúde no cuidado ao paciente hipertenso. Brazilian Journal of Health Review. 2022; Mar./Apr. 5(2): 6312-6322.
- ROERECKE, M et al. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2017; Feb. 2(2): 108-120.
- SACKS, FM et al. Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. N. Engl. J. Med. 2001; Jan. 344(1): 3-10.
- WHELTON, SP et al. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann. Intern. Med. 2002; Apr.136(7): 493-503.

WILLIAMS, B. *et al.* 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *J. Hypertens.* 2018; Oct. 36(10): 1953-2041.

APPEL, L.J. *et al.* A Clinical Trial of the Effects of Dietary Patterns on Blood Pressure. *N. Engl. J. Med.*, 1997; Apr 336(16):1117-1124.

BARROSO, WKS. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2021; Mar 116(3):516-658.

BASILE, J.; BLOCH, M.J. Overview of hypertension in adults. *In: UpToDate.* 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?search=hipertensao&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default &display_rank=1. Acesso em: 21 agosto 2024.

BLOCH, M.J.; BASILE, J. Cardiovascular risks of hypertension. *In: UpToDate.* 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-risks-of-hypertension>. Acesso em: 21 agosto 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 18/2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023.* Brasília: Ministério da Saúde, 2023.