



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

Tainah Degasperi Doimo

Projeto de Intervenção para melhorar a abordagem de hipertensão arterial com foco em idosos analfabetos na Unidade Básica de Saúde de Eugênio de Castro - RS

Florianópolis, Março de 2023



Tainah Degasperi Doimo

Projeto de Intervenção para melhorar a abordagem de hipertensão arterial com foco em idosos analfabetos na Unidade Básica de Saúde de Eugênio de Castro - RS

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: Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Tainah Degasperi Doimo

Projeto de Intervenção para melhorar a abordagem de hipertensão arterial com foco em idosos analfabetos na Unidade Básica de Saúde de Eugênio de Castro - RS

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

---

**Evangelia Kotzias Atherino dos Santos**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** Eugênio de Castro é um município de 2.798 habitantes, pertence à região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e localiza-se na região das Missões. A Equipe de Saúde da Família de Eugênio de Castro é responsável pela cobertura de 100% do território. Destaca-se que a comunidade cultiva costumes e tradições gauchescos, como: consumo de carne, alimentos processados, chimarrão e bebidas alcoólicas. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a principal delas, caracteriza um dos principais problemas de saúde em países desenvolvidos, onde suas complicações contribuem para o aumento de doenças cardiovasculares e desfechos negativos da doença. Observou-se que os principais problemas de saúde na Unidade de Saúde de Eugênio de Castro foram a alta taxa de pacientes portadores de hipertensão arterial, associado à baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes maiores de 60 anos com baixo nível de escolaridade. **Objetivo:** elaborar um Projeto de Intervenção que favoreça o adequado acompanhamento e adesão ao tratamento em pacientes idosos com analfabetismo. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção, a ser realizado no município Eugênio de Castro, no período de agosto a novembro de 2020, onde serão desenvolvidas oficinas de educação alimentar e nutricional, de exercício físico e rodas de conversa sobre temas relacionados a melhora da condição de saúde do paciente com hipertensão, assim como fornecer cartilhas personalizadas aos analfabetos. **Resultados Esperados:** Espera-se através deste Projeto de Intervenção, levar conhecimento sobre a doença, seus fatores de risco, complicações e aprimorar a percepção dos indivíduos sobre sua doença, influenciando assim, no controle pressórico adequado e diminuição das complicações cardiovasculares dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Eugênio de Castro RS.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento medicamentoso, Atenção Primária à Saúde, Doenças Cardiovasculares, Hipertensão, Idoso





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>15</b>
4	<b>METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>27</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>33</b>



# 1 Introdução

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1. Dados demográficos e populacionais da comunidade

O município de Eugênio de Castro pertence à região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e localiza-se na região das Missões, distante 460 km da capital do estado (CASTRO, 2015)

O município se estende por 419,3 km<sup>2</sup> e conta com 2.798 habitantes sendo 1.480 (52%) na zona urbana e 1.317 (48%) na zona rural. A densidade demográfica é de 6,7 habitantes por km<sup>2</sup> no território do município. Eugênio de Castro se situa a 27 km a Sul-Oeste de Ijuí, a maior cidade nos arredores e sua população se distribuem entre homens e mulheres sendo a população masculina representada por 1.415 habitantes, enquanto a população feminina é de 1.383 habitantes e a população maior de 60 anos é de 544 pessoas (ESTATÍSTICA, 2020a). colocar página

O coeficiente de natalidade ocupa a posição 386º do estado do Rio Grande do Sul (IBGE, 2010). Taxa de mortalidade por doenças crônicas em 2018 foi de 624,77% comparado ao coeficiente de 441,01% % no ano de 2017 (INFORMAÇÃO, 2020b). A taxa de mortalidade infantil no município no último censo foi de 0 óbitos por mil nascidos vivos (ESTATÍSTICA, 2020b). O esquema básico vacinal do total de 24 crianças menores a 1 ano em 2014 foi de 24 (BÁSICA, 2020).

### 1.2. Organização do Sistema de Saúde

A Equipe de Saúde da Família de Eugênio de Castro é responsável pela cobertura de 100% do território (INFORMAÇÃO, 2020a).

Os funcionários multidisciplinares que atuam são: 01 médico 40 horas, 01 cirurgião dentista, 01 enfermeira da Equipe de Saúde da Família, 01 Enfermeira da Vigilância em Saúde, 09 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Auxiliar de Enfermagem, 02 Técnica em Enfermagem, 01 Psicóloga, 01 Assistente Social, 01 Fisioterapeuta, 01 Agente de Controle de Endemias, 01 Farmacêutica, 01 Fiscal Sanitário, 02 Auxiliares Administrativos, 06 Motoristas, 02 Recepcionistas, 02 Funcionárias de Serviços Gerais, 01 secretaria adjunta e 01 Secretária de Saúde. O Centro de Saúde está equipado com 01 gabinete odontológico, 02 consultórios, 01 Farmácia (fornece os medicamentos básicos), 03 leitos de observação (24 horas), 01 ambulatório de procedimentos básicos, 01 consultório de psicologia, 01 sala de fisioterapia, 01 sala de vacinas, 01 sala de vigilância em saúde, 01 sala de vigilância sanitária, 01 sala de agendamento para tratamento fora do domicílio, 02 salas de espera, 01 sala de digitação, 01 almoxarifado, 01 sala da secretária de saúde, 01 recepção e 01 copa (SAÚDE, 2020). colocar página

A Equipe de Atenção Básica mantém vínculo com a população através de Conselhos Municipais de Saúde assessorando com orientações, planejamentos e interação, além de coordenar as ações integradas de Saúde. Sendo assim, a equipe planeja as ações com a

finalidade de obter o diagnóstico situacional do território, priorizando ações de caráter social, cultural, profissional e recreativo. Ademais, são realizadas reuniões em educação permanente uma vez por semana, discutindo casos relevantes e melhorias nos diferentes setores. Desta forma, é realizado atividades de relaxamento e alongamento entre os funcionários, para essa finalidade, contamos com alguns equipamentos ergométricos como: esteira e bicicleta na unidade.

O município não conta com Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde a mais próxima se encontra a 38km na cidade de Santo Ângelo, RS, sem embargo, a equipe se organiza para melhor atender as urgências e emergências que ali chegam, e nos casos que demandem exames complementares de média e alta complexidade, é realizado o encaminhamento do paciente ao hospital. As principais atividades da secretaria são: Programa de Controle do Tabagismo, Saúde Mental, Programa Saúde Bucal, Programa de Saúde do Idoso, Programa Bebê Saudável com Gestantes, Programa de Imunização, Programa de Saúde do Trabalhador, Programa de Controle e Combate ao *Aedes aegypti* e Endemias, Programa de Controle da Hanseníase e Tuberculose, Programa de Controle de Qualidade da Água e Programa de Atividade Física ao Ar Livre.

Na Unidade Básica de Saúde de Eugênio de Castro a rotina de trabalho é organizada em: consultas agendadas, visitas domiciliares, transporte de pacientes para consultas à curta e longas distâncias, encaminhamentos de consultas eletivas aos especialistas, consulta com odontologia, grupos de idosos, gestantes e palestras em escolas da localidade com temas relacionados às necessidades de cada faixa etária. As consultas são agendadas através de via telefônica e organizadas por horário marcado. É preconizado apenas 12 agendamentos de consulta médica por turno, apesar desse número ser excedido na maioria das vezes.

### **1.3. Contexto social e cultural da comunidade**

A população cultiva costumes e tradições gauchescos, como: consumo de carne, alimentos processados, chimarrão e bebidas alcoólicas. Os hábitos da vida diária se relacionam com a rotina de trabalho, sendo a agricultura a principal fonte de renda do município. Vale ressaltar, que existe um alto índice de tabagismo entre adultos e principalmente idosos. Podemos destacar como vulnerabilidade ambiental, o uso de agrotóxicos, tanto no manuseio dos produtos sem a devida proteção de uso pessoal nas plantações, como na falta de cuidado com o descarte das embalagens.

A sede do município conta com ruas asfaltadas, porém, por se tratar de um município pequeno possui um índice muito insignificante de casas com condições básicas de moradia, nota-se que prevalece casas de madeira. O saneamento básico é precário, devido que a coleta de lixo é realizada apenas duas vezes na semana, conseqüentemente há um acúmulo de resíduos nas casas e nas ruas, logo contribui com um problema sério no controle de vetores na cidade.

A cultura de crenças é muito marcada, onde podemos destacar o curandeirismo por

exemplo, que exerce uma forte influência sobre a população, com curas milagrosas e diagnósticos presuntivos, de modo que, interferem na aceitação e recomendações terapêuticas feitasw pela Equipe de Saúde.

#### **1.4. Principais agravos e queixas mais comuns no Serviço de Saúde**

Os principais agravos às pessoas, se deve a sobrecarga física do trabalho na lavoura, sendo a lombalgia entre outras dores musculares um dos principais motivos de consulta na comunidade. Destacam-se também, as intoxicações exógenas por substancias nocivas utilizadas nas lavouras e o clima com baixas temperaturas na estação do inverno.

Não obstante, a obesidade, o sedentarismo, a ingesta de alimentos com alto teor em colesterol e ácidos graxos saturados e o hábito de fumar contribuem negativamente as comorbidades prevalentes no local, sendo a hipertensão arterial sistêmica o principal agravo a saúde da comunidade. O coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no ano de 2019 foi de 147%, com um total de 4 óbitos, já no ano de 2018 o coeficiente foi de 183,76% com um total de 5 óbitos (INFORMAÇÃO, 2020c)(INFORMAÇÃO, 2020c).

## **2 PROBLEMA**

Por ocasião do diagnóstico situacional, observou-se que os principais problemas de saúde na UBS Eugênio de Castro têm relação à baixa adesão ao tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis/ Hipertensão Arterial. Este dado foi coletado por meio de diagnóstico social, percepção pessoal e da equipe de saúde. De acordo com levantamento realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) juntamente á equipe da UBS os atendimentos de pacientes com pressão arterial elevada são os mais recorrentes. O problema abrange principalmente os idosos, adultos e suas famílias e caracteriza-se por ser um problema: atual, terminal de controle total e estruturado.

Causas:

- Distância longa entre o domicílio e UBS para retirada/renovação de medicação de uso contínuo.
- Não fazer uso do medicamento por não apresentarem sintomas.
- Falta de controle pressórico adequado e ajuste de medicação por efeitos adversos dos fármacos.
- Baixo grau de escolaridade.
- Falta de cuidado longitudinal e continuado pela UBS.
- Dificuldade na Mudança do Estilo de Vida.
- Sedentarismo

## **3 JUSTIFICATIVA**

A HAS é conhecida como a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006, p. 58))

Foi realizado diagnóstico situacional na UBS de Eugênio de Castro e identificados os principais problemas que afetam a população.

Posteriormente, a equipe analisou em conjunto os problemas identificados e estabeleceu uma ordem de prioridade para os mesmos, sendo a partir de então apresentado que há uma alta prevalência de pacientes com HAS onde, a maioria destes não fazem o tratamento corretamente e a presença de comorbidade é alta, encontrando-se muitos pacientes com descontrole dos níveis pressóricos.

Este trabalho se justifica pela necessidade de um Projeto de Intervenção que ajude a diminuir o índice deste problema de saúde que afeta a grande maioria da população, tanto supracitada quanto brasileira e contribuir positivamente na saúde, através de mudanças importantes nos hábitos de vida da população. Destaca-se que um plano de intervenção eficaz para essa realidade pode favorecer o adequado acompanhamento dos hipertensos, o que minimiza o risco de complicações e internações hospitalares não necessárias. Além disso, o acompanhamento adequado dos pacientes com HAS tem mostrado eficiência se aplicados e avaliados corretamente, o que promoveria impacto positivo no estado de saúde da população e também, diminuiria os custos do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo um melhor aproveitamento dos recursos.

É importante criar ações de controle da hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da equipe de saúde da família de Eugênio de Castro com o objetivo de modificar os hábitos dos usuários, facilitar o entendimento da correta administração medicamentosa em pacientes analfabetos, através de um processo de educação em que os pacientes conheçam a doença, fatores que predispõe à mesma e prevenção da patologia, contando com propostas que sejam acessíveis e que promovam uma discussão acerca da associação de medidas educativas e o empenho das políticas públicas de saúde elaborando estratégias de intervenção para melhorar a qualidade de vida do paciente hipertenso.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Propor um projeto de intervenção para favorecer o acompanhamento e a estabilidade dos níveis pressóricos dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Eugênio de Castro.

### 2.2 Objetivos Específicos

1 Definir ações de saúde dentro da unidade que garantam o conhecimento da população sobre prevenção da doença como:

- Modificar os hábitos dos usuários através de um processo de educação em que os pacientes conheçam a doença, fatores que predispõe à mesma e prevenção da patologia,

2 Orientar sobre a administração medicamentosa da forma adequada.

- Buscar estabelecer um programa de orientação do uso correto da medicação através de tabelas acessíveis tanto aos pacientes alfabetizados quanto aos com baixo índice de escolaridade.

3 Identificar intervenções para a redução dos fatores de riscos na incidência de hipertensão arterial sistêmica.

- Inserir propostas preventivas como a Mudança de hábitos e estilos de vida através da criação e funcionamento de um grupo operativo de hipertensos, outro de ginástica e campanha educativa na sala de espera a respeito da alimentação saudável e adequada.

4 Reduzir através do processo de trabalho da equipe de saúde o baixo nível de informação sobre a doença e seus fatores de risco.

5 Estabelecer uma linha de acolhimento e acompanhamento para hipertensos, utilizando de campanhas de capacitação do pessoal da equipe de saúde para que se faça o acolhimento e instruções adequadas desses pacientes. Com a equipe devidamente preparada pode se contar com pacientes mais informados sobre como prevenir HAS, fatores de risco e possíveis complicações.





## 3 Revisão da Literatura

### Definição de Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão arterial (HA) “é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou  $\geq 90$  mmHg” , p. (MALACHIAS et al., 2016, p. 1), p. 11). Conhecida como “doença silenciosa” frequentemente é assintomática, no entanto, acomete o sistema cardiovascular e provoca alterações funcionais e/ou estruturais de outros órgãos alvo como: rins, olhos e encéfalo. Está relacionada a fatores como: sedentarismo, tabagismo, dislipidemias, histórico familiar, sexo, idade e obesidade.

É classificada segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial em maiores de 18 anos em: Normal com uma pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 120mmHG e uma Pressão Arterial diastólica (PAD) maior ou igual 80mmHG; Pré-hipertensão com PAS de 121-139 mmHG e PAD de 81-89 mmHg; Hipertensão estágio 1 com PAS de 140-159 mmHg e PAS de 90- 99 mmHg; Hipertensão estágio 2 com PAS de 160- 179 mmHg e PAD de 100-109 mmHg; Hipertensão estágio 3 com PAS de 180 mmHg e PAD de 110 mmHg. Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS maior ou igual a 140 mm Hg e PAD menor 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3 (MALACHIAS, 2016, p. 11).

Como medidas terapêuticas podemos ressaltar o tratamento não medicamentoso e o medicamentoso. A adoção de estratégias de mudanças do estilo de vida, como alimentação saudável, práticas de exercício físico e baixa ingestão de sódio tem demonstrado ter um papel essencial no controle pressórico desses indivíduos. A alimentação saudável “é reconhecida há muito tempo como fator protetor para DCV; atualmente as pesquisas têm evoluído bastante e mostrado que os alimentos funcionais, ou seja, ricos em compostos antioxidantes, confirmam os benefícios de muitos alimentos ao sistema cardiovascular” .(CARDOZO; MAFRA, 2015, p. 88), p. 88). A implementação de medidas alternativas podem ser empregadas em tratamento único e/ou associadas ao tratamento com fármacos anti-hipertensivos, dependendo das comorbidades de cada paciente e do estágio da doença.

### Contextualização social e epidemiológica

As doenças cardiovasculares (DCV) “representam grande problema de saúde pública, responsáveis por aproximadamente 17 milhões de mortes no mundo, das quais 80% ocorrem nos países em desenvolvimento ” (CARDOZO; MAFRA, 2015, p. 87) . Estudos epidemiológicos apontam que a hipertensão arterial sistêmica “tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública” (CARDIOLOGIA, 2010a, p. 1). Dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, também mostram que, em 2017, o Brasil registrou 141.878 mortes devido a

hipertensão ou a causas atribuíveis a ela. Esse número revela uma realidade preocupante: todos os dias 388,7 pessoas se tornam vítimas fatais da doença, o que significa 16,2 óbitos a cada hora. Grande parte dessas mortes é evitável e 37% dessas mortes são precoces, ou seja, em pessoas com menos de 70 anos de idade (BRASIL, 2019).

Em uma pesquisa realizada pelo Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), concluiu-se que “no conjunto das 27 cidades, a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 25,7%, sendo maior em mulheres (27,5%) do que em homens (23,6%)” (BRASIL, 2017, p. 120) . Em relação ao gênero, foi observado que a frequência aumentou em ambos os sexos, idade avançada e menor nível de escolaridade.

### Políticas públicas existentes

As políticas públicas possuem um papel de extrema importância na saúde da população, dado que, as práticas são essenciais para assegurar as transformações sociais, compreender os benefícios atribuídos e desta forma, promover igualdades, prevenir agravos e auxiliar no tratamento e reabilitação dos usuários portadores de HA.

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, reconhecendo a importância da atenção básica na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção programática denominado HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), possibilitando o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade (ASSIS; SIMÕES; CAVALCANTI, 2012, p. 66).

O HiperDia atua no acompanhamento de pacientes hipertensos e/ou diabéticos, com o propósito de vincular o paciente com a Equipe de Saúde da Família em sua área de abrangência, tem como principais funções: realizar assistência longitudinal e de qualidade, dispensar e distribuir medicação de forma regular e organizada. [Filha, Nogueira e Viana \(2011, p. 931\)](#), descrevem que “ o HiperDia consiste de uma ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários hipertensos/e ou diabéticos, por gerar informes que possibilitam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos para potencializar a atenção a estas pessoas e minimizar os fatores condicionantes de complicações das doenças” .

A HAS também pode ser tratada com medidas não farmacológicas como: a redução da ingestão de sódio, manutenção do peso saudável, exercício físico, redução ou interrupção do tabagismo e bebidas alcoólicas têm sido consideradas medidas fundamentais na redução da pressão arterial. Essas medidas alternativas de vida devem ser estimuladas em todos os pacientes hipertensos independente do estágio da HA.

Podemos destacar ainda, a dieta Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) criada por um grupo de pesquisadores americanos, com um plano alimentar baseado em alimentos reduzidos em colesterol, gorduras totais, carne vermelha, doces e açúcares e ricos em: frutas, hortaliças, leite desnatado, grãos integrais, peixes e aves. A dieta DASH

gera maior impacto no controle do peso e na redução dos níveis da pressão arterial, ” um alto grau de adesão a este tipo de dieta reduziu em 14% o desenvolvimento de hipertensão” (FILHO, 2018, p. 87), já que o valores pressóricos crescem progressivamente à medida que o índice de massa corporal (IMC) aumenta. De acordo com o plano DASH “são propostos dois níveis para o consumo diário de sódio: 2.300 mg (6 g ou 1 colher de sopa de sal) ou 1.500 mg (4 g ou 2/3 de colher de sopa de sal) ” (FREITAS; KAIPPERT, 2014, p. 24).

O sódio é um componente dietético que participa no equilíbrio hidroeletrolítico controlando os fluidos extracelulares e o plasma, porém quando seu consumo excede as necessidades do organismo, faz com que a capacidade de eliminação do íon se reduza, gerando um aumento de sódio sérico e, por consequência, retenção de água, aumento da volemia e também da pressão arterial. Conforme Bombig, Francisco e Machado (2014, p. 65), “No Brasil, a ingestão diária de sal está acima dos limites recomendados; a quantidade diária de sódio disponível para consumo nos domicílios brasileiros foi de 4,5 g por pessoa (ou 4,7 g para uma ingestão diária de 2.000 kcal), excedendo, assim, em mais de 2 vezes, o limite recomendado”. Uma intervenção que regule a dieta e reduza o consumo excessivo de sal na população, favoreceria aumento na qualidade de vida e reduziria os gastos em saúde.

Com este propósito no Brasil em 2007, realizou-se um termo de cooperação entre o Ministério da Saúde, a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (ABIA) e o Plano Nacional de Ações para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, que “dá destaque à redução dos teores de sal, gorduras e açúcar nos alimentos industrializados”(BRASIL, 2011, p. 73).

Sabe-se que a atividade física (AF) contribui no tratamento da HAS por meio do controle do peso, onde “principalmente na intensidade moderada, com duração variando entre 150 e 285 min por semana ou com gasto calórico entre 1.601 e 2.283 kcal/semana parece ser boa estratégia de prevenção”(PITANGA et al., 2014, p. 457). A atividade física contribui ademais da redução de peso, na diminuição dos níveis de insulina basal, participa no equilíbrio da retenção de sódio e promove a melhoria do bem-estar e do humor. Ao mesmo tempo, reduz hormônios contrarreguladoras da hipertensão, como a epinefrina, um hormônio da família das catecolaminas, que tendem a aumentar a pressão arterial e a frequência cardíaca que frequentemente estão associadas a situações de estresse e risco à vida.

Em relação ao tratamento medicamentoso, o esquema a ser escolhido pode ser em monoterapia (um único fármaco) ou com medicamentos combinados, dependendo do estágio em que se encontra o paciente e suas comorbidades associadas. Cabe destacar, que a alta prevalência de analfabetismo, incapacidade de leitura, compreensão e seguimento da receita prescrita pelo profissional de saúde, conduz a uma diminuição na adesão terapêutica, o que contribui com o descontrole dos valores pressóricos e surgimento de complicações cardiovasculares fatais ou não-fatais.

Sendo assim, é preciso que as orientações sejam dadas de forma mais clara possível

para que o entendimento aconteça, bem como as mesmas devem estar conectadas com a vida da pessoa e a vivência que ela tem com a HAS, de forma específica e personalizada. As pessoas precisam saber diferenciar a causa da consequência. À vista disso, uma maneira eficaz "é utilizar a linguagem da própria população para passar essas informações e evitar os termos técnicos"(MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012, p. 1372).

Uma das principais estratégias para minimizar a má utilização de medicamentos e a baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas, é a implementação de pictogramas. Definidos como "símbolos que ilustram e descrevem a informação - podem ser alternativas para facilitar a comunicação em saúde" (MEDEIROS et al., 2011, p. 97). Pesquisas demonstram que a inclusão de pictogramas no esquema terapêutico influencia positivamente o melhor controle da doença. Segundo Albuquerque et al. (2016, p. 617) "a compreensão da prescrição por meio dos símbolos, indubitavelmente eleva o nível de adesão e adequado uso do medicamento". Cabe destacar, que essa estratégia deve ser personalizada e individualizada a cada população-alvo e ao âmbito cultural da área de abrangência.

Não obstante, a presença de efeitos adversos dos fármacos anti-hipertensivos contribui para a baixa adesão medicamentosa, portanto é fundamental "explicar detalhadamente aos pacientes a ocorrência de possíveis efeitos adversos, a possibilidade de eventuais modificações na terapêutica instituída e o tempo necessário para que o efeito pleno dos medicamentos seja obtido (CARDIOLOGIA, 2010b, p. 22).

### **Relevância da intervenção**

Em áreas rurais uns dos grandes desafios apesar da distância entre o domicílio e a UBS, podemos citar principalmente: o baixo nível de escolaridade, a falta de transporte privado e público. Esses fatores dificultam o acesso e a comunicação entre os pacientes e a Equipe de Saúde (UBS). O Projeto de Intervenção proposto visa melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso nos indivíduos portadores de Hipertensão Arterial não controlada. Desse modo, destina-se a implementar melhorias como: aumentar o acompanhamento longitudinal do paciente hipertenso com consultas mais frequentes, melhorar a comunicação do mesmo com a Equipe de Saúde, promover o transporte público e/ou visitas domiciliares, mapear os níveis pressóricos mantendo um valor aceitável livre de complicações e proporcionar estratégias aos pacientes analfabetos e/ou com dificuldade na leitura e interpretação da terapêutica farmacológica. Ademais, através de grupos de hipertensos propõe educar quanto a evolução da doença e a importância da mudança nos hábitos da vida diária. Portanto, o Projeto de Intervenção torna-se fundamental na comunidade, aprimorando a qualidade de vida e diminuindo o risco de adoecimento por doenças cardiovasculares.

## 4 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Eugênio de Castro- RS, onde o alvo do plano de ação priorizado são os pacientes com hipertensão arterial sistêmica descompensada focado principalmente nos indivíduos maiores de 60 anos com baixo nível de escolaridade.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 21)). Este método consiste em ferramentas operacionais que contribuem para a construção e desenvolvimento do plano de ação. Permite o envolvimento de vários setores sociais como um processo participativo, influenciando em um impacto positivo na população em questão e consequentemente na sua qualidade de vida.

### Público-alvo da ação

Como população alvo para este estudo, destacaremos os pacientes maiores a 60 anos, com baixo nível de escolaridade ou dificuldades de interpretação da receita médica. Foi utilizado como critério de inclusão para analfabetismo os paciente que não conseguiram ler e/ou interpretar a prescrição médica contribuindo para a baixa adesão ao tratamento e excluídos, os que conseguiram interpretar a receita médica, como também, possuem hipertensão arterial com níveis pressóricos controlados e consultas em dia com a equipe de Saúde. Com base nestes dados e informações recoletadas do Relatório de Cadastro Individual no Sistema informatizado E-SUS AB durante o ano de 2020, destaca-se que o município possui 738 hipertensos cadastrados (conforme Quadro 2), onde juntamente com um levantamento realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) divididos em 9 micro áreas, foi evidenciado que desses 738 hipertensos , 489 são adultos maiores a 60 anos, 42 pacientes não alfabetizados e 91 possuem hipertensão associada à Diabetes.

### Ações a serem feitas

Realizar encontros nas comunidades de cada micro área 1 vez no mês no período de agosto a novembro de 2020;

Realizar controle pressórico, peso, altura e IMC em todos os participantes;

Informar sobre a definição de HAS, fatores de risco, diagnóstico e tratamento;

Tabela 1 – Relatório de Cadastro Individual no Sistema informatizado E-SUS AB durante o ano de 2020 Rever este título

<b>Descritores</b>	<b>Número</b>	<b>Fonte</b>
HAS cadastrados	738	E-SUS
Não possuem HAS	1734	E-SUS
Não informados	127	E-SUS

Tabela 2 – Distribuição dos hipertensos segundo micro áreas no território de abrangência da UBS Eugênio de Castro

<b>Micro área</b>	<b>HAS em maiores a 60 anos</b>	<b>HAS analfabetos</b>	<b>HAS + Diabetes</b>
Micro área 1	80	4	17
Micro área 2	33	0	5
Micro área 3	35	0	3
Micro área 4	93	13	14
Micro área 5	46	1	0
Micro área 6	14	0	1
Micro área 7	83	1	17
Micro área 8	80	10	27
Micro área 9	25	13	7
Total	489	42	91

Fornecer as Cartilhas personalizadas aos analfabetos (pictogramas), contendo símbolos e desenhos para auxiliar a compressão da terapêutica;

Realizar palestra sobre atitude comportamentais positivas, qualidade, estilo de vida, abordando o aspecto psicossocial e comportamental do paciente;

Orientar sobre os alimentos adequados a dieta do paciente com hipertensão arterial sistêmica, orientar sobre os alimentos processados, com alto teor de sódio e sobre a imunidade;

Promover atividade física e orientar sobre as mudanças do estilo de vida;

Reunir a equipe mensalmente para avaliar e aperfeiçoar o PI.

### **Proposta do Plano Intervenção**

O primeiro passo a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, será realizado pela médica ESF e pela Secretária de Saúde durante a primeira semana do mês de julho de 2020, terá como finalidade apresentar o cronograma das atividades a serem realizadas em cada micro área, estabelecendo prazos e os instrumentos para a implementação do plano. Durante a segunda e a terceira semana de julho,

Tabela 3 – Recursos necessários para o desenvolvimento do projeto na prática

<b>Recursos humanos</b>	<b>Recursos materiais</b>	<b>Recursos financeiros</b>
Pacientes hipertensos e suas famílias, Equipe completa ESF, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, líderes da comunidade, população geral, motorista e Equipe da Assistência social.	Cadeiras e mesas, sistema de som e microfone, Data show, cartilhas personalizadas, folhas A4, impressora, computadores, canetas, prato/talheres/ toalha de mesa, prontuários dos pacientes, transporte, locais de recreação na comunidade, clubes sociais, material didático e lúdico	Este projeto utilizará recursos já existentes, não havendo a necessidade de emissão de novo orçamento

serão estimados os recursos materiais, humanos e financeiros (conforme Quadro 4 ), responsabilidade atribuída a Equipe da Assistência Social, Prefeitura Municipal e Gestão de Saúde Regional. Ainda durante a terceira semana de julho, serão selecionados locais para execução do PI como, locais comunitários cedidos pela Equipe da Assistência Social e o espaço físico da UBS de Eugênio de Castro. Após a aprovação do PI pela equipe e organização dos recursos, durante a última semana de julho será a divulgação do Evento. Para que, a comunidade seja informada das datas e locais específicos para cada microárea, todos os integrantes da equipe de saúde deverão participar nesta etapa de divulgação, enfatiza-se todavia, a participação dos ACS, os quais estão em contato direto com a população, onde muitos idosos possuem dificuldades no manuseio de computador e/ou da internet. Analisando por outro lado as mudanças comportamentais através da internet, e a influência virtual na vida das pessoas atualmente, a Secretária de Saúde divulgará através da rádio e das redes sociais (facebook da UBS), afim de aumentar a estratégia de divulgação e acesso a toda a população alvo e suas famílias, promovendo o convite virtual e personalizado disponibilizado no anexo 1.

### Recursos Necessários

Para a implementação deste projeto na prática há necessidade de recursos humanos, materiais, e financeiros, que são apresentados no Quadro 4 a seguir:

Ao chegar no Evento o paciente passará primeiramente pelo seu Agente de Saúde responsável, onde será anotado os dados do paciente. Na próxima etapa, o mesmo será direcionado para aferição de pressão arterial, peso e altura para cálculo do IMC pela equipe de enfermagem e então será convidado a se acomodar no local estipulado. Será dado as boas-vindas por toda a equipe, seguidamente cada profissional atuará segundo o cronograma proposto no quadro 5. Como ordem didática e dinâmica organizaremos da seguinte forma: primeiramente a atividade a ser realizada será com a Fisioterapeuta, logo teremos uma curta palestra com a Médica, onde neste momento será fornecido aos paci-

Tabela 4 – Cronograma de temas/atividades dinâmicas a serem desenvolvidos e responsáveis

Mês/Atividade	Fisioterapeuta	Médica	Psicóloga	Nutricionista	Enfermeira
Agosto/2020	Alongamento + exercícios para coluna	Definição e diagnósticos de HAS	Atitudes Comportamentais Positivas	10 passos para uma alimentação saudável	Atividade lúdica
Setembro/2020	Alongamento + exercícios aeróbicos de baixa intensidade	Explicação da Cartilha HAS. Medidas corretas de aferição e medição domiciliar	Gestão do Tempo, Estresse e Qualidade de Vida	O que são os alimentos processados?	Atividade lúdica
Outubro/2020	Alongamento + exercícios isométricos de baixa intensidade	Complicações agudas e crônicas da HAS	Tabagismo, Alcoolismo e Dependências Químicas	Teor adequado de sódio nos alimentos	Atividade lúdica
Novembro/2020	Alongamento + relaxamento	HAS associada a outras comorbidades Medicação anti hipertensiva	Vencer a Ansiedade e a Preocupação	Nutrição x Imunidade	Atividade lúdica Finalização do Evento e agradecimentos

entes analfabetos uma cartilha personalizada com símbolos e figuras (segue em anexo 2) e aos pacientes alfabetizados será disponibilizada nova cartilha do hipertenso. Posteriormente teremos a participação da Psicóloga, que realizará ademais de palestras, atividades dinâmicas para favorecer a interação interpessoal e estimular o bem-estar psicossocial dos participantes. Para auxiliar na dieta, a Nutricionista orientará sobre medidas educativas alimentares, fornecerá receitas saudáveis a cada mês e realizará uma atividade culinária, desta maneira o paciente participará de forma ativa na elaboração das refeições. Segue em anexo 3, as receitas que serão fornecidas pela profissional.

### **Locais para execução do Projeto de Intervenção**

As atividades serão realizadas em locais de recreação da comunidade, Clubes Sociais e no espaço físico da Unidade Básica de Saúde de Eugênio de Castro.

- O município de Eugênio de Castro, conta com 9 micro áreas, onde 4 das mesma (micro área 1, 4, 7 e 8) encontram-se localizadas no centro ou periferia da cidade, as outras 5 micro áreas (2, 3, 5, 6, e 9) se encontram em áreas rurais afastadas da UBS. Desta forma, as micro áreas 1 e 8 terão o evento realizado em conjunto



Tabela 5 – Grupos segundo divisão das micro áreas

<b>Micro área</b>	<b>Grupo</b>	<b>Quantidade de participantes por Grupo</b>
Micro área 1 e 8	1	160 participantes
Micro área 4 e 7	2	176 participantes
Micro área 2	3	33 participantes
Micro área 3	4	35 participantes
Micro área 5	5	46 participantes
Micro área 6	6	14 participantes
Micro área 9	7	25 participantes

no pátio da Unidade Básica de Saúde, onde há uma infraestrutura mais adequada que comportaria maior quantidade de participantes, assim como as micro áreas 4 e 7 por serem próximas ao centro e facilitar assim a realização do Evento. As demais micro áreas localizadas nas áreas mais afastadas do centro terão seus eventos realizados em locais comunitários, como igrejas, escolar e salões paroquiais cedidos pela Assistência Social. Para melhor entendimento, classificaremos as micro áreas em grupos e a quantidade de participantes para cada grupo conforme Quadro 6.

### **Data e organização dos Encontros**

O PI se dará entre os meses de Julho à Novembro de 2020. Sendo o mês de julho destinado a: organizar a equipe, promover o evento, compartilhar dúvidas e reunir os recursos necessários. A equipe organizadora realizará a ação proposta nos meses de agosto à novembro, 2 vezes na semanas com duração de 2 horas, em 2 grupos diferentes a cada semana, abordando um tema e/ou atividade dinâmica diferente a cada mês conforme citado na tabela 5. A avaliação da equipe organizadora ao final de cada mês será destinada para realizar ajustes ou resolução de pendências encontradas ao decorrer dos Eventos. Os encontros semanais terão um cronograma segundo os grupos de cada micro área (conforme Quadro 7).

### **A Equipe Organizadora**

Para que Evento ocorra conforme o esperado, é fundamental que a equipe atue com eficácia e compromisso. De modo que, dividiremos as funções por setores (conforme Quadro 8). Cada Equipe será responsável por uma função antes, durante e após o Evento. Dessa forma, deve-se manter uma comunicação próxima e efetiva entre todos os setores, para que haja cumprimento e excelência nas ações a serem executadas.

Tabela 6 – Cronogramas dos encontros

Se- manha/2020	Ju- manha/2020	Agosto/2020		Setembro/2020		Outubro/2020		Novembro/2020
		Terça- feira	Quinta- feira	Terça- feira	Quinta- feira	Terça- feira	Quinta- feira	
1	Apresentação do Projeto	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1
2	Organização dos recursos	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 3
3	Organização dos locais	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 5
4	Promoção dos Encontros	Grupo 7	Avaliação da Equipe	Grupo 7	Avaliação da Equipe	Grupo 7	Avaliação da Equipe	Grupo 7

Tabela 7 – Organização da Equipe responsável do Evento

<b>Setor</b>	<b>Função</b>	<b>Equipe responsável</b>
Coordenação e organização	Principal objetivo é monitorar para que o evento ocorra conforme o planejado.	Enfermeira, Secretária de Saúde e Médica ESF.
Comunicação	Desenvolver o material para divulgação, incluindo: convite virtual, cartilhas personalizadas e receitas dietéticas.	Médica ESF, Nutricionista e gráfica contratada.
Divulgação	Promover todo o material produzido antes do Evento através das redes sociais, convites formais e da rádio.	Secretária de Saúde, Equipe de Saúde principalmente e Agentes Comunitários de Saúde.
Produção	Equipe responsável pela produção, iluminação, instalação do sistema de som, organização das acomodações e das mesas.	Agentes Comunitários de Saúde.
Palestrantes	Informar, aclarar dúvidas e conscientizar os participantes.	Médica ESF, Nutricionista, Psicóloga e Enfermeira.
Coffee Break	Produzir a refeição e organizar as mesas, pratos, copos e talheres para servir os lanches.	Nutricionista e Agentes Comunitários de Saúde.
Limpeza	Limpar o local previamente e após os Eventos.	Toda a Equipe de Saúde.
Avaliação da Equipe	Avaliar a equipe com reuniões regulares e rodas de conversa.	Médica ESF e Secretária de Saúde.



## 5 Resultados Esperados

Espera-se através deste Projeto de Intervenção, levar conhecimento sobre a HAS, seus fatores de risco e suas complicações, às comunidades do município de Eugênio de Castro, bem como melhorar a percepção dos pacientes sobre sua doença. Com a frequência mensal dos Eventos e disponibilização da Equipe em se locomover às comunidades mais afastadas, desenvolve-se uma linha de acompanhamento mais próxima da Equipe e os pacientes, garantindo a cobertura de pelo menos 95% da população portadora de HAS.

O Projeto de Intervenção quando aplicado será de suma importância tanto para o paciente como para a educação permanente em saúde de todos os membros da Equipe, priorizando a interação e aperfeiçoamento no acolhimento e acompanhamento dos mesmos, evitando assim, a comunicação tangencial e a falta de informação por parte da Equipe. Por meio das Cartilhas personalizadas aos pacientes analfabetos, espera-se maior controle dos níveis pressóricos elevados, fato que, relaciona-se com a baixa adesão sistemática ao tratamento e ao uso incorreto das medicações. Com a distribuição dessa Cartilha aos analfabetos, espera-se aumentar o suporte para outras doenças crônicas como a Diabetes, visando melhorar a qualidade de vida do indivíduo em um aspecto integral e longitudinal. Espera-se com a disponibilização dessa Cartilha, possamos contribuir a outros setores que trabalham com esses pacientes, proporcionando uma melhoria na adesão ao tratamento.

A adoção de novos hábitos propostos no PI como: exercícios físicos, mudanças dietéticas, comportamentais e interpessoais, reflita positivamente no cotidiano não só centrado no indivíduo, como também promovendo o diálogo e o vínculo entre hipertensos, não hipertensos, jovens e todos os demais integrantes que compõem o grupo familiar. Por fim, com uma Intervenção orientada na educação em saúde, espera-se melhorar os indicadores de incidência e prevalência do HAS, assim como, contribuir para a otimização dos recursos econômicos.

### Anexo 1

#### **Convite para divulgação do Evento**

### Anexo 2

#### **Parte externa da Cartilha**

#### **Parte interna da Cartilha**

### Anexo 3

#### **Receitas a serem distribuídas a cada mês pela nutricionista**

IMAGEM  
NÃO  
DISPONÍVEL

Figura 1 – Imagem invalida ou nao encontrada. - convite\_arrumado.jpg

IMAGEM  
NÃO  
DISPONÍVEL

Figura 2 – Imagem invalida ou nao encontrada. - WhatsApp\_Image\_2020-07-27\_at\_20.42.04.jpeg

IMAGEM  
NÃO  
DISPONÍVEL

Figura 3 – Imagem invalida ou nao encontrada. - WhatsApp\_Image\_2020-07-27\_at\_17.45.05\_%281%29.jpeg



**IMAGEM  
NÃO  
DISPONÍVEL**

Figura 4 – Imagem invalida ou nao encontrada. - receitas.jpg



## Referências

- ALBUQUERQUE, G. S. C. de et al. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. *Trab. Educ. Saúde*, v. 14, n. 2, p. 611–624, 2016. Citado na página 18.
- ASSIS, L. C.; SIMÕES, M. O. da S.; CAVALCANTI, A. L. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 14, n. 2, p. 65–70, 2012. Citado na página 16.
- BÁSICA, S. Sistema de Informação de A. *Ministério da Saúde: Cr<1a c/vacin.dia por ano segundo município/ dez/ 2014. 2020. P.33. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF>>. Acesso em: 03 Jun. 2020. Citado na página 9.*
- BOMBIG, M. T. N.; FRANCISCO, Y. A.; MACHADO, C. A. A importância do sal na origem da hipertensão. *Rev Bras Hipertens*, v. 21, n. 2, p. 63–67, 2014. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da S. *Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de atenção básica/ secretaria de atenção à saúde/ departamento de atenção básica. Brasília, DF: MS, 2006. Citado na página 11.*
- BRASIL, M. da S. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 2022: Série b textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado na página 17.*
- BRASIL, M. da S. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2017. Citado na página 16.*
- CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. *Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010. Citado na página 19.*
- CARDIOLOGIA, S. B. de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão: Sociedade brasileira de hipertensão sociedade brasileira de nefrologia. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado na página 15.
- CARDIOLOGIA, S. Sociedade Brasileira de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado na página 18.
- CARDOZO, L.; MAFRA, D. Alimentação pode levar a benefícios para o sistema cardiovascular fato ou ficção. *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 28, n. 2, p. 87–88, 2015. Citado na página 15.
- CASTRO, E. de. *Lei Municipal N 1.552: Dispõe sobre a criação do plano municipal de educação do município de eugênio de castro e dá outras providências. 2015. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/monitoramentopne/planos-municipais-de-educacao-rs/e/eugenio-de-castro>>. Acesso em: 05 Jun. 2020. Citado na página 9.*

- ESTATÍSTICA, I. Instituto Brasileiro de Geografia e. *População: Censo 2010*. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/eugenio-de-castro/panorama>>. Acesso em: 01 Jun. 2020. Citado na página 9.
- ESTATÍSTICA, I. Instituto Brasileiro de Geografia e. *Taxa de Mortalidade Infantil: Censo 2017*. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/eugenio-de-castro/pesquisa/39/30279?indicador=78159>>. Acesso em: 04 Jun. 2020. Citado na página 9.
- FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. Hiperdia adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. *Rev Rene*, v. 12, p. 930–936, 2011. Citado na página 16.
- FILHO, S. H. de P. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial sistêmica revisão narrativa. *An Fac Med Olinda*, v. 2, n. 2, p. 86–90, 2018. Citado na página 17.
- FREITAS, A. C. de M.; KAIPPERT, V. C. Elaboração de material para tratamento nutricional ambulatorial de pacientes hipertensos com base no plano dash dietary approaches to stop hypertension. *Nutrição Brasil*, v. 13, n. 1, p. 22–28, 2014. Citado na página 17.
- INFORMAÇÃO, D. Departamento de Gestão da Tecnologia da. *Cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ano e mês): Censo 2019*. 2020. Disponível em: <<http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAjaxZfc/QvsViewClient.aspx?public=only&size=long&host=QVSbari&name=Temp/21e5584ee5894d0298a51ba1dcd37c55.pdf>>. Acesso em: 02 Jun. 2020. Citado na página 9.
- INFORMAÇÃO, D. Departamento de Gestão da Tecnologia da. *Conjunto das quatro principais causas da DCNT: Censo 2018*. 2020. Disponível em: <[http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH\\_DCNT](http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_DCNT)>. Acesso em: 04 Jun. 2020. Citado na página 9.
- INFORMAÇÃO, D. Departamento de Gestão da Tecnologia da. *Doença do Aparelho Circulatório 2019*. 2020. Disponível em: <[http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH\\_EventosVitais](http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_EventosVitais)>. Acesso em: 04 Jun. 2020. Citado na página 11.
- MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. da S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, p. 1365–1374, 2012. Citado na página 18.
- MALACHIAS, M. V. B. Vii diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016. Citado na página 15.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. Vii diretriz brasileira de hipertensão arterial: Capítulo 1 conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, p. 1–6, 2016. Citado na página 15.
- MEDEIROS, G. C. R. de et al. Pictogramas na orientação farmacêutica: um estudo de revisão. *Rev. Bras. Farm*, v. 92, n. 3, p. 96–193, 2011. Citado na página 18.
- PITANGA, F. J. G. et al. Atividade física como discriminador da ausência de hipertensão arterial em homens adultos. *Rev Bras Med Esporte*, v. 20, n. 6, p. 456–460, 2014. Citado na página 17.

---

SAÚDE, C. Conselho Municipal de. *Resolução CMS n 01 de 2020*: Plano municipal de saúde. 2020. P.33. Disponível em: <<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=43&codTpRel=01>.> Acesso em: 03 Mai. 2020. Citado na página 9.