



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

Telmo Jardim Sussenbach

Projeto de intervenção na atenção à saúde dos
hipertensos na Estratégia de Saúde da Família Damé,
município de Bagé, RS

Florianópolis, Março de 2023

Telmo Jardim Sussenbach

Projeto de intervenção na atenção à saúde dos hipertensos na
Estratégia de Saúde da Família Damé, município de Bagé, 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: Patricia Duarte Silva
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Telmo Jardim Sussenbach

Projeto de intervenção na atenção à saúde dos hipertensos na
Estratégia de Saúde da Família Damé, município de Bagé, 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

Patricia Duarte Silva
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: este projeto destaca a hipertensão arterial sistêmica como um problema de saúde importante percebido durante consulta na comunidade do bairro Damé, em Bagé, RS. A maioria dos pacientes descompensados, sem tratamento, com exames de sangue antigos e sem acompanhamento por especialistas. **Objetivo:** melhorar a atenção à saúde dos hipertensos na ESF Damé, município de Bagé, RS. **Metodologia:** será aplicado à população da ESF Damé, localizada no município de Bagé, RS, constituído por uma área de abrangência onde vivem 4.000 pessoas. Segundo dados estatísticos aproximados dos agentes comunitários das 4 micro áreas, o bairro contém 1.250 famílias, sendo 460 hipertensos. O trabalho caracteriza-se como uma intervenção, pois utiliza prontuários eletrônicos e aplica formulários de protocolo de atendimento em trabalho de campo, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Terá a participação da equipe de saúde, NASF, Secretaria de Saúde e a comunidade. Estão previstas reuniões com a equipe e todos os integrantes. Os atendimentos bem como a coleta de dados são registrados pelo médico, no prontuário eletrônico e planilha. O registro das visitas será realizado pelos ACS, médico e enfermeira, através do prontuário na unidade básica. Esta proposta de intervenção compreenderá um período de 6 semanas. Durante esse período, pretendemos ampliar a cobertura dos usuários hipertensos; melhorar a qualidade do acompanhamento a usuários hipertensos em consultas e visita domiciliar; e, ainda, garantir as atividades de promoção de saúde. **Resultados esperados:** com a aplicação deste projeto, espera-se como resultado melhorar a atenção à saúde dos hipertensos através da ampliação de cobertura na UBS, com propostas de promoção à saúde que favoreçam a qualidade do acompanhamento em consultas e visita domiciliar.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, Índice de Massa Corporal

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O município de Bagé está localizado próximo à fronteira com o Uruguai (60 km) e distante da capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, aproximadamente 393 km. Sua população estimada é de 122.209 habitantes, conforme o censo do IBGE, de 2017. A colonização da região iniciou com a chegada de europeus - portugueses e espanhóis - em fins do século XVII. As primeiras construções foram planejadas por jesuítas, sendo chamada Santo André dos Guenoas, como um posto avançado de São Miguel, um dos Sete Povos das Missões. A incansável resistência dos índios (Tapes, Minuanos e Charruas) da região face à catequização, levando a um conflito que resultou na destruição do povoado. A partir de então, a região serviu de palco de brigas entre europeus e nativos. Ao fim da Revolução Farroupilha, Bagé foi elevada à categoria de Freguesia em 18 de maio de 1846, e de Vila, em 5 de junho do mesmo ano. Foi reconhecida como cabeça de comarca em 22 de dezembro de 1858 e, quase um ano depois, em 15 de dezembro de 1859, foi levada à categoria de cidade sendo que a data oficial da fundação de Bagé, estabelecida pelo historiador Tarcísio Antônio da Costa Taborda é 17 de julho de 1811. Sua economia é baseada na agricultura, pecuária e comércio local. Os serviços públicos existentes no município de Bagé contribuem para a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida da população, além dos serviços assistenciais e curativos (IBGE, 2020a).

Na comunidade do bairro Dame, em Bagé, onde se encontra a Unidade Básica de Saúde (UBS) que atuo, tem-se vários problemas de saúde que atingem especificamente as pessoas de baixa renda, como por exemplo a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Na UBS Dame ofertamos acompanhamento longitudinal aos usuários, escuta qualificada em todas as ações, proporcionando acolhimento humanizado, viabilizando o estabelecimento do vínculo com compromisso ético, bem como respeitoso em relação as singularidades. A equipe de saúde da unidade é composta por: recepcionista, uma enfermeira (coordenadora), uma técnica de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, um odontólogo e três agentes comunitários de saúde (ACS). Contamos também com a ajuda do NASF que se encontra no posto de referência Arvorezinha.

A população da área de abrangência é de aproximadamente 4.000 pessoas, com 1.250 famílias cadastradas. Sua distribuição por faixa etária é constituída por: a) 18 crianças de 0 a 12 meses, b) 213 adolescentes de 13 a 19 anos, c) 2.358 adultos de 20 a 59 anos, d) 323 idosos com 60 anos e mais. Em 2018 tivemos 16 gestantes captadas que receberam acompanhamento pré-natal e a mortalidade infantil foi zero. Nos primeiros 6 meses de 2019, conforme dados estatísticos aproximados dos ACS das 4 micro áreas, tivemos o registro de: 114 diabéticos (a incidência de diabetes tipo II em idosos aumentou no último ano), 460 hipertensos, 7 neoplasias e, 18 asma bronquial. Além disso, podemos destacar que há uma grande procura de pacientes por uso de medicamentos psicotrópicos e abuso

de substâncias como álcool e drogas. Por fim, um destaque positivo é o baixo índice de pessoas infectadas por HIV em nossa comunidade. Isto reflete que as ações de prevenção de IST's com a população adolescente e adultos jovens estão sendo resolutivas. As queixas mais frequentes são a mudança de clima que afeta as crianças por ser Bagé uma cidade muito fria; o atraso no atendimento quando as crianças são levadas à UPA; e o arrombamento na unidade por vândalos. O coeficiente de natalidade, no ano considerado é de 4,5 %. Em 2016, a taxa de mortalidade geral da população correspondeu a 8,4%, igualmente a taxa de mortalidade por doenças crônicas e a taxa de mortalidade infantil no município 14,6%. A taxa de mortalidade materna no município foi de 10 óbitos maternos de 2013 a 2016. Conforme dados oficiais obtidos da Secretária de Saúde, as três causas de maiores impactos na população de Bagé em relação a mortalidade geral da população no ano 2018 estão relacionadas a doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Esses dados e mortalidade não estão muito diferentes do que podemos encontrar no estado. Atualmente, Bagé possui 17.156 idosos o que representa 14,64% de nossa população. A frequência de algumas doenças crônicas não transmissíveis no último mês em consultas foi de 7 casos novos que se somam aos 460 pacientes que tínhamos (prevalência). Segundo os dados da Secretária Municipal de Saúde, o município teve no ano de 2016, 69 casos de AIDS diagnosticados; destes, 25 femininos (39,2%) e 14 masculinos (20,2%). Em Bagé, a taxa de incidência em 2016 era de 22,2 casos a cada 100 mil habitantes, e a mortalidade era de 6 óbitos a cada 100 mil habitantes. A cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano na UBS foi de 100% e mortalidade materna e os nascidos vivos de baixo peso foi zero, significando um impacto positivo das ações em saúde com essa população específica.

Conforme os indicadores apresentados podemos perceber que a comunidade de Dame possui um alto índice de pessoas com doenças crônicas, o que nos faz refletir em como nossa equipe deve atuar com esta população para diminuir tais índices. Portanto, a partir desse dado coletado por meio do diagnóstico epidemiológico escolhi fazer este projeto de intervenção sobre o aumento da frequência de usuários com HAS na consulta, considerando que afeta a qualidade de vida dos pacientes, da família e da comunidade. Além disso, em nosso trabalho diário temos doentes com hipertensão que não tomam os remédios indicados e não seguem as orientações gerais dada durante as consultas. Sendo assim, este estudo é importante para termos um cadastramento total de todos os pacientes na comunidade com a doença, além do acompanhamento e controle, e para com as atividades de promoção de saúde praticadas na comunidade, e, ainda, porque os pacientes podem conhecer e ter um melhor controle da doença. Ademais, a equipe de saúde sente-se motivada com o projeto e acredito que temos possibilidades de realizá-lo na comunidade de Dame, sendo muito oportuno neste momento para consolidar as ações de promoção e prevenção de saúde. Inclusive, contamos com o apoio da comunidade e da equipe para realizar o projeto.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos na ESF Damé, município de Bagé - RS.

2.2 Objetivos específicos

- Buscar ampliar a cobertura a usuários hipertensos;
- Melhorar a qualidade do acompanhamento a usuários hipertensos em consultas e visita domiciliar;
- Incrementar as atividades de promoção de saúde de hipertensos.

3 Revisão da Literatura

Por definição, “a hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada como uma pressão arterial sustentada maior ou igual a 140 mmHg (sistólica) e 90 mmHg (diastólica)”, os valores de referência para o diagnóstico variam de acordo ao método aplicado, quando é tomada no consultório, deverá ser validada por medições repetidas e confirmada pelo monitorização ambulatorial da pressão arterial nas 24 horas (MAPA 24h) ou monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). Seu aumento provoca de forma consistente lesão das artérias de grande, médio e pequeno calibre, bem como lesão do coração de diversas formas e de outros órgãos nobres como cérebro e rins (BRASIL, 2013); (MALACHIAS et al., 2016).

Segundo Rocha-Brischiliari et al. (2014), entre os anos de 2010 e 2020 houve um crescimento da mortalidade por DCNT em 15%, correspondendo à 44 milhões de mortes. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020b), registrou 60.202 entrevistas, desses, 45,1% dos entrevistados declararam portar ao menos uma DCNT. Mediante o número total de registros, estimou-se que são “mais de 66 milhões de brasileiros com diagnóstico prévio de alguma DCNT.” Nesse sentido, a HAS foi a mais frequente entre os entrevistados, com prevalência de 21,4% (MALTA et al., 2015). Inclusive, ela “é responsável por 13% das mortes no mundo, seguido pelo consumo de tabaco (9%), hiperglicemia (6%), sedentarismo (6%), sobrepeso e obesidade (5%)” (WHO, 2020d); (WHO, 2020b); (WHO, 2020a) apud (PELAZZA, 2017). “A OMS estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HAS” e ocorram 7,1 milhões de mortes anuais decorrentes dessa doença. Estudos indicam o “crescimento mundial de 60% dos casos da doença para 2025”(WHO, 2020c) apud (MALTA et al., 2017). Uma vez que “a HAS é um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo”(SANTOS, 2011).

No Brasil, por exemplo, a HAS gera um alto custo ao Sistema Único de Saúde devido às internações hospitalares causadas pelas suas complicações (doença cerebrovascular, incluindo o AVE, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e aguda, doença arterial obstrutiva periférica), além do impacto que provoca na família do paciente (MALACHIAS et al., 2016); (MAGALHÃES; AMORIM; REZENDE, 2018); (MALTA et al., 2018).

O Plano Global de Enfrentamento das DCNT, Brasil 2011-2022, estabeleceu a meta de redução da HA em 25% entre 2015 e 2025. Nesse Plano, foram definidas diversas medidas de promoção da saúde e de atenção relacionadas à HA:

- a) Acordos com a indústria alimentícia para redução do teor de sódio em alimentos processados; b) Incentivo à prática de atividade física por meio do Programa Academia da Saúde; c) Disponibilização gratuita de

medicamentos para controle da hipertensão arterial segundo classificação de risco (BRASIL, 2011).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é uma das ações de vigilância da HA e de outros fatores de risco para DCNT, além de contribuir para o monitoramento da morbimortalidade desses agravos no país (BRASIL, 2011).

De acordo com [Frimodt-Møller et al. \(2012\)](#), há uma série de fatores para doenças cardiovasculares (DCV) tradicionais associados com risco cardiovascular (RCV), sendo representado pela(o): idade, tabagismo, alimentação inadequada e inatividade física, o que resulta em problemas de saúde, como por exemplo, a HAS. Nesse sentido, estes fatores contribuem para alterações metabólicas e fisiológicas, tais como: aumento da PA, sobrepeso, obesidade, hiperglicemia e hiperlipidemia ([WHO, 2020a](#)). Outro fator importante identificado pelos autores [Brown et al. \(2009\)](#) e [Hendriksen et al. \(2015\)](#) é o consumo abusivo de sal por mulheres acima de 60 anos de idade, ocasionando aumento da PA. Além disso, em pesquisas relevantes, constatou-se que na menopausa e pós-menopausa há maior risco de desenvolver DCV, principal causa de morte nesta população ([PELAZZA, 2017](#)). [Pinto, Meirelles e Farinatti \(2003\)](#) apud [Pelazza \(2017\)](#) afirmam que modificações no estilo de vida são extremamente importantes para o controle em indivíduos hipertensos. Vale ressaltar que "a HAS é uma doença de alta prevalência, com natureza multifatorial e, muitas vezes, cursa de forma assintomática. Configura-se como o principal fator de RCV, de morbidade e mortalidade, de forma que seu diagnóstico e controle precoce são enfatizados como importante estratégia de saúde pública em todo o mundo" ([OLIVEIRA et al., 2008](#)); ([CONTIERO et al., 2009](#)) apud ([PELAZZA, 2017](#)).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão a estratificação de risco está baseada nos seguintes itens: a) Reconhecimento dos fatores de risco cardiovasculares; b) Fatores adicionais para a HAS; c) Identificação de lesões em órgãos-alvo e Identificação de lesões subclínicas destes órgãos. Dessa forma, considera que:

os fatores de risco adicionais para a HAS representam homens com idade acima de 55 anos e mulheres acima de 65 anos; o tabagismo; as dislipidemias, especialmente, triglicérides acima de 150 mg/dL, LDL-colesterol maior que 100 mg/dL e HDL-colesterol menor que 40 mg/dL; a presença de diabetes mellitus e a história familiar prematura de doença cardiovascular (em homens com idade menor que 55 anos e mulheres com idade menor que 65 anos) ([ALESS et al., 2010](#), p. 12).

Sendo assim, [Mello \(2015\)](#) refere que, através da estratificação da população com HAS, é possível fazer um planejamento de acordo com a realidade de cada um e, ainda, há a possibilidade de verificar se a estratégia da linha de cuidado está surtindo o efeito desejado.

Conforme dados do Ministério da Saúde, em Bagé, no ano de 2016, foram cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 9.629 pacientes com hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 34% dos óbitos. Assim, existe

uma grande quantidade de pacientes hipertensos na consulta, a maioria descompensados, sem tratamento, com exames de sangue antigos e sem acompanhamento por especialistas. Dessa forma, é relevante realizar esta intervenção, visando a promoção da saúde para modificar o estilo de vida, com o apoio do NASF, Secretaria de Saúde e a comunidade. Portanto, é de fundamental importância a identificação de possíveis fatores implicados no desenvolvimento da HA, com implementação de estratégias de controle efetivas e combinadas com a educação comunitária e o monitoramento-alvo dos indivíduos sob risco, com acompanhamento multidisciplinar da equipe de saúde.

4 Metodologia

O projeto de intervenção será aplicado à população da ESF Damé, localizada no município de Bagé – RS, que é constituída por uma área de abrangência onde vivem 4.000 pessoas. Ela contém 1.250 famílias, sendo 460 hipertensos (dados estatísticos aproximados dos agentes comunitários das 4 micro áreas).

O trabalho caracteriza-se como uma intervenção, utilizando prontuários eletrônicos e aplicando formulários de protocolo de atendimento em trabalho de campo, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Como foco da intervenção objetiva-se a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos que vão a nosso posto de saúde Damé. Para tanto, o foco foi voltado para os hipertensos pertencentes à área da Unidade, além de casos novos que sejam identificados na consulta. Estão previstas reuniões sobre o projeto com a equipe, visando à interação e apoio de todos os integrantes.

Os atendimentos bem como a coleta de dados são registrados pelo médico, no prontuário eletrônico e planilha, contendo as seguintes informações: idade, gênero, tabagismo, registro em prontuário de doenças que demandem realização de exames complementares, IMC, bem como medicamentos de uso contínuo e assistência às atividades de promoção de saúde programadas pela equipe. O registro das visitas será realizado pelos ACS, médico e enfermeira, através do prontuário na unidade básica.

Esta proposta de intervenção compreenderá uma duração de 6 semanas. Durante esse período, pretendemos: ampliar a cobertura dos usuários hipertensos; melhorar a qualidade do acompanhamento a usuários hipertensos em consultas e visita domiciliar; e ainda, garantir as atividades de promoção de saúde. Para tanto, elencamos abaixo as seguintes ações a realizar.

Para ampliar a cobertura dos usuários hipertensos, pretende-se: a) cadastrar os hipertensos da abrangência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial; b) monitorar, assim, o número de hipertensos que buscam o serviço no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde. O médico será o responsável das ações a realizar; c) garantir o registro e o acolhimento dos hipertensos cadastrados no Programa. Além disso, busca-se garantir o material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e balança). Os agentes, neste caso, são todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo acolhimento na unidade básica; d) informar os líderes da comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde, com a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos. Vale lembrar, que, pelo menos anualmente, em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, essa prática deve ser adotada, evitando-se ainda, fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão. Esta educação contínua deve ser realizada

em cada consulta e com grupos feitos para promoção de saúde; e) capacitar o ACS para o cadastramento via formulário dos hipertensos; f) orientar a equipe de saúde para o uso adequado do manguito; g) priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para os hipertensos.

Para melhorar a qualidade do acompanhamento a usuários hipertensos em consultas e visita domiciliar, pretende-se: a) realizar exame clínico apropriado; b) garantir a realização de exames complementares, de acordo com o protocolo; c) priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos hipertensos; d) monitorar o número de hipertensos e realizar exames clínicos apropriados, bem como exames laboratoriais, solicitados de acordo com o protocolo do MS; e) monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular junto às unidades de referência, neste caso a Unidade de Arvorezinha. Quando faltar medicamentos suficientes para esta ação, podemos solicitar ajuda de outras unidades de referência. Ou seja, contamos com quatro unidades interligadas; f) agendaremos até 10 usuários hipertensos no período vespertino para fazer exame clínico completo. Já que, no período matutino fazemos visita domiciliar; g) definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertenso, estabelecendo uma periodicidade para atualização dos profissionais; h) organizar a capacitação dos profissionais de saúde, médico e enfermeira, de acordo com os protocolos do MS, adotados pela unidade de saúde; i) garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, alguns são realizados em tempo adequado, ao invés que outros demoram mais; j) sensibilizar os gestores, os trabalhadores de saúde e o coordenador do posto sobre a importância deste projeto; k) estabelecer sistemas de alerta sobre os exames complementares e garantir a solicitação dos mesmos; l) orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão; m) nas conversas de grupo expositivas serão utilizados recursos de multimídia, computador e televisor para que os usuários possam participar; n) orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular; o) capacitação da equipe pelo médico em sala de reuniões da UBS; p) orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular; q) realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão, visando à adesão de hipertensos ao programa acolhendo a comunidade.

Para garantir as atividades de promoção de saúde, pretende-se: a) orientar e monitorar os hipertensos, do ponto de vista nutricional, sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física e riscos de tabagismo. Devemos guiar-nos pelos registros antigos das consultas no prontuário eletrônico; b) coordenar, com os especialistas do NASF, as consultas de nutrição, atividade física e psicologia para estes usuários; c) organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, com participação de estagiárias de nutrição, enfermagem, farmácia, tendo como referência as dúvidas dos usuários.

Usaremos recursos de multimídia, computadores, jogos didáticos, tudo isso, considerando o momento epidemiológico do município que tem sido avaliado com bandeira vermelha. As atividades coletivas estão sujeitas à autorização da Secretaria de Saúde, quando mudarmos de bandeira poderemos realizar as atividades previstas, com a devida utilização de máscaras e com o distanciamento social entre as pessoas.

Todas as atividades terão lista de presença para termos o controle dos hipertensos e das ações desenvolvidas. Faremos intercâmbio de conhecimentos, experiências e dúvidas. As orientações para atividade física toda a equipe participará, priorizando a importância de caminhadas e exercícios em casa adequados a idade dos usuários. O médico supervisionará as ações a se realizar.

Tão logo mude o quadro da pandemia, quer por vacina ou tratamento, o programa será restabelecido e o projeto terá andamento.

Por fim, tentaremos buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e mobilizando a comunidade para demandar junto aos gestores municipais a garantia da disponibilização de recursos para apoiar as atividades de saúde na comunidade.

5 Resultados Esperados

Com a aplicação deste projeto, espera-se como resultado melhorar a atenção à saúde dos hipertensos através da ampliação de cobertura na UBS, com propostas de promoção à saúde que favoreçam a qualidade do acompanhamento em consultas e visita domiciliar. Dentre as propostas específicas que pretendemos efetivar, estão: cadastrar e monitorar 100% dos hipertensos do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial; garantir o registro e o acolhimento de 100% dos hipertensos cadastrados nesse Programa; informar todos os líderes da comunidade sobre a existência desse Programa; capacitar 100% dos ACS; orientar toda a equipe de saúde para o uso adequado do manguito; priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos; realizar 100% exame clínico dos hipertensos e exames complementares; monitorar 100% dos hipertensos e acesso aos medicamentos da Farmácia Popular; orientar 100% os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular; agendar até 10 usuários hipertensos no período vespertino para fazer exame clínico completo; definir as atribuições a 100% dos membros da equipe no exame clínico de pacientes hipertenso; organizar a capacitação dos profissionais de saúde, médico e enfermeira, de acordo com os protocolos do MS; garantir 100% com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; conseguir sensibilizar os gestores, os trabalhadores de saúde e o coordenador do posto sobre a importância deste projeto; conseguir estabelecer sistemas de alerta sobre os exames complementares; orientar 100% a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão; orientar e monitorar todos os hipertensos, do ponto de vista nutricional, sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física e riscos de tabagismo; conseguir coordenar, com os especialistas do NASF, as consultas de nutrição, atividade física e psicologia; e por fim, organizar as práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Referências

ALESS, A. et al. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão: Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado na página 14.

BRASIL, M. da Saúde do. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.:* (série b. textos básicos de saúde). Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

BRASIL, M. da Saúde do. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica:* (cadernos de atenção básica, n. 37). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 13.

BROWN, I. J. et al. Salt intakes around the world: implications for public health. *International Journal of Epidemiology*, v. 38, n. 3, p. 791–813, 2009. Citado na página 14.

CONTIERO, A. P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na estratégia saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 62–70, 2009. Citado na página 14.

FRIMODT-MØLLER, M. et al. Beneficial effects on arterial stiffness and pulse-wave reflection of combined enalapril and candesartan in chronic kidney disease - a randomized trial. *PLoS ONE*, v. 7, n. 7, p. 1–9, 2012. Citado na página 14.

HENDRIKSEN, M. A. H. et al. Health gain by salt reduction in europe: A modelling study. *PLoS ONE*, v. 10, p. 1–12, 2015. Citado na página 14.

IBGE, I. B. de Geografia e E. *Bagé*. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/bage/historico>>. Acesso em: 08 Jun. 2020. Citado na página 9.

IBGE, I. B. de Geografia e E. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. brasil, grandes regiões e unidades da federação*. 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 22 Jun. 2020. Citado na página 13.

MAGALHÃES, L. B. N. C.; AMORIM, A. M. de; REZENDE, E. P. Conceito e aspectos epidemiológicos da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 25, n. 1, p. 1–34, 2018. Citado na página 13.

MALACHIAS, M. V. B. et al. Vii diretriz brasileira de hipertensão arterial.: Capítulo 2 - diagnóstico e classificação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–104, 2016. Citado na página 13.

- MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – pesquisa nacional de saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*, v. 18, n. 2, p. 3–16, 2015. Citado na página 13.
- MALTA, D. C. et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 1, p. 1–11, 2017. Citado na página 13.
- MALTA, D. C. et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, pesquisa nacional de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, n. 1, p. 1–15, 2018. Citado na página 13.
- MELLO, V. de P. Planilha para estratificação de risco e proposta para um grupo de acompanhamento de autocuidado nas condições crônicas na APS. São Paulo, n. 1, 2015. Curso de Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Cap. 2. Citado na página 14.
- OLIVEIRA, S. M. J. V. de et al. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 241–249, 2008. Citado na página 14.
- PELAZZA, B. B. Comparação entre os valores da pressão arterial sistêmica central e braquial em mulheres e homens idosos com hipertensão arterial sistêmica. Uberlândia, n. 120, 2017. Curso de Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Departamento de Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Cap. 1. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- PINTO, V. L. M.; MEIRELLES, L. R. de; FARINATTI, P. de T. V. Influência de programas não-formais de exercícios (doméstico e comunitário) sobre a aptidão física, pressão arterial e variáveis bioquímicas em pacientes hipertensos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 9, n. 5, p. 267–274, 2003. Citado na página 14.
- ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 27, n. 1, p. 35–42, 2014. Citado na página 13.
- SANTOS, Z. M. de S. A. Hipertensão arterial: um problema de saúde pública. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde (Impresso)*, v. 24, n. 4, p. 1–2, 2011. Citado na página 13.
- WHO, W. H. O. *Cardiovascular diseases (CVDs)*. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1>. Acesso em: 22 Jun. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- WHO, W. H. O. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>>. Acesso em: 22 Jun. 2020. Citado na página 13.
- WHO, W. H. O. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. 2020. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em: 22 Jun. 2020. Citado na página 13.

WHO, W. H. O. *Prevention of cardiovascular disease*. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/>. Acesso em: 22 Jun. 2020. Citado na página 13.