



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

Antonio Albino da Silva Filho

Plano de intervenção para redução dos valores
pressóricos dos usuários assistidos na ESF Barro
Vermelho em um município do Estado do Rio Grande
do Sul

Florianópolis, Março de 2023

Antonio Albino da Silva Filho

Plano de intervenção para redução dos valores pressóricos dos
usuários assistidos na ESF Barro Vermelho em um município do
Estado do Rio Grande do Sul

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: Diego Diz Ferreira
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Antonio Albino da Silva Filho

Plano de intervenção para redução dos valores pressóricos dos usuários assistidos na ESF Barro Vermelho em um município do Estado do Rio Grande do Sul

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

Diego Diz Ferreira
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos principais problemas de saúde pública, além de ser considerada também um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, destarte, o presente plano de intervenção que será aplicado dentro da ESF Barro Vermelho no município de Gravataí – RS, objetiva diminuir os valores pressóricos dos usuários acometidos por HAS, através de tratamentos não farmacológicos, conscientizando os usuários sobre a prática de bons hábitos como, caminhada e alimentação, induzindo-os a uma boa qualidade de vida e controle dos valores pressóricos, bem como visa diminuir o consumo de polifarmácias dos hipertensos. A metodologia abordada para realização da intervenção consistiu na elaboração de um diagnóstico situacional da ESF, sendo estruturado sobre a infraestrutura da comunidade, a equipe de profissionais da saúde e outros dados importantes que levaram a definir o problema encontrado. Após, foi realizado a revisão de literatura afim de conceituar o problema apresentando seus fatores de risco e formas de tratamentos medicamentosas e não medicamentosas, além dessa etapa foi também criada as ações para que fosse executada dentro da ESF, para que seja alcançados os objetivos. Os resultados esperados são, que além de haver o controle da doença dentro da ESF, diminuindo os valores pressóricos dos pacientes, também possa promover bons hábitos e conscientização de toda comunidade para que esses hábitos sejam perpétuos, sendo até mesmo uma forma de prevenção da doença, assim, melhorando a qualidade de vida da coletividade assistida pela ESF Barro Vermelho.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Hábitos, Hipertensão, Saúde Pública

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A unidade de saúde onde iniciei as atividades atuando como médico no Município de Gravataí-RS se chama Unidade da Saúde da Família, Barro Vermelho fazendo parte da equipe 17 com três equipes completas que compõe dentro dessas equipes, 3 médicos, 3 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem, 3 agente comunitário de saúde, 1 recepcionista, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 odontólogo e 1 técnico de saúde bucal.

Todas as equipes têm como foco o acolhimento, atenção continuada dos usuários e a atenção priorizando os pacientes como um todo, contamos com apoio através de referência e contra referência de fisioterapeutas, psiquiatras, (matriciamento e inter consultas), psicólogos, fonoaudiólogos e em casos de pacientes graves encaminhamento para Hospital de referencia da região, além de reuniões e palestras ministradas pelas equipes. O atendimento de rotina é voltado a pacientes agendados, acolhimento, demanda espontânea e visitas domiciliares.

A comunidade conta com apoio dentro do bairro, como escolas, igreja, CRAS, em algumas áreas possuem saneamento básicos, outros não os possuem por ser território com crescimento desorganizado em loteamentos com más condições de moradia. A maior parte da região urbana possui abastecimento de água encanada as demais possuem poços artesianos.

Como a região é mista composta por zona urbana e zona rural, regiões centrais urbana há coleta de lixo duas vezes na semana e na zona rural há deficiência na coleta, no entanto ainda há coleta. As condições de moradia variam muito, desde casa bem estruturadas e bem mobiliadas, como casade madeira sem nenhuma estruturas com o minimo para sobreviver. A região é composta por micros e pequenos empresários com rendas que variam de alta, baixa há nenhuma renda devido a pessoas em situações de desemprego e baixa condições socioeconômicas. Os bairros que estão contemplados para serem atendidos pela equipe 17, surgiu de um loteamento de uma antiga fazenda que foi desmembrada e dividida entre moradores. Em virtudes dos fatos mencionados, acredito quea unidade de saúde da família do Barro Vermelho, realiza dentro de sua realidade, os princípios básicos na qual o usuário espera ao ser acolhido dentro da unidade, respeitando a universalidade, integralidade e equidade. Com os dados epidemiológicos, populacional, social e contamos com números mais recentes do perfil demográfico, temos valores aproximado de 3524 pessoa. (Fonte E-SUSGravataí- RS). A distribuição da população por faixa etária são, adultos 1.973, idosos 564 e crianças 385, no entanto há falta de dados que não são coletados e nem registrado por não ser considerados obrigatório pelo sistema E-SUS que ficam sem serem notificados. (FonteE-SUS Gravataí- RS). A taxa de natalidade de 13,7% nascidos vivos para cada1000 habitantes segundo fonte de gravatai.atende.net. O números de gestantes na pesquisa realizada para o modulo de epidemiologia foram em

tornos de 31 gestantes com acompanhamento pré-natal seguindo o calendário de gestante. Os indicadores de mortalidade números de 2015: em um total de habitantes de 272.257 foram registrados 1707 óbitos, em valores de porcentagem são de 0,62% para cada 100.000 habitantes. No ano de 2017, os números registrados como causas de óbitos de doenças crônicas não transmissíveis chega a números de 211,75% para cada 100.00 habitantes. As razões de mortalidade materna, no entanto em 5 anos, foram de 2 óbitos anuais e no ano de 2016 teve o número de 01 óbito. Segundo dados do plano municipal de saúde, no ano de 2017, não foram disponibilizados números exatos da nossa área de atuação, porém o registro de mortalidade infantil foi de 9,75%. No Rio Grande do Sul a média foi de 9,99%. As principais doenças identificadas com mais frequência em nossa comunidade são, hipertensão arterial sistêmica 247 no total de pessoas adultas na equipe (segundo E-sus) e 11,166,52 casos/100 mil habitantes segundo dados de SIAB Gravataí www.deepask.com. As taxas de incidências HIV por 100 mil habitantes em Gravataí em 2016 é de 40,18, segundo fontes do SINAN/ SMS Município de Gravataí. A incidência de DM em idosos gira em torno de 90 registros na equipe (fonte E-sus) e de 2.900,30 casos/ 100 mil habitantes.

Vacinação – Gravataí -2017-Criança < 1 ano vacinadas= 520

Proporção de vacinação= 78,2% todos os imunológicos. Fonte = sipni-gravatai.datasus.gov.br

Os dados informados de 3600 a 7743, não informado a proporção. (Fonte: SINASC).

As comorbidades e queixas mais comuns são por enfermidades do trato respiratório, como resfriado comum, febre, coriza, crise asmática, asma brônquica, além de faringo amigdalite, há também casos mais graves que aparecem no serviço como, dispnéia importante, que são revertidos na própria unidade e encaminhadas ao hospital de referência; além dessas comorbidades há também gastroenterite, vômitos, diarreia, DPOC com exacerbação frequentes, sequelados de AVCs, enfermidades psiquiátricas como transtornos mentais, ansiedade, depressão, além da atenção a gestantes, crianças, recém nascidos e todo acompanhamento puerperal e puericultura.

Os problemas elencados acima, formam um conjunto de condições necessárias para uma intervenção mais criteriosa, as comorbidades mais comuns apresentadas sendo as principais, HAS, DM e Dislipidemia, estão relacionadas diretamente a fatores históricos e culturais da região, observamos que a população devido ao grande consumo de alimentos ricos em carboidratos, sais, açúcares entre outros alimentos hipercalóricos acompanhados a falta de exercícios físicos, levam a enfermidades crônicas não transmissíveis com danos a qualidade de vida.

Sendo a hipertensão arterial sistêmica um problema com números relevantes e mais comum na rotina e no cotidiano da equipe, avaliar e buscar a motivação para mudança no estilo de vida a fim de estabilizar valores pressóricos, levar orientações sobre exercícios físicos regulares para melhor qualidade de vida e boa saúde em todas as consultas médicas e através das equipes, será o foco de nossa atenção.

Essa intervenção, visará reduzir e estabilizar valores da pressão arterial, indicando ali-

mentos com baixa calorias e sais, assim como uma simples caminha dadiária, objetivando uma melhor condição de vida e redução da resistência do paciente na adesão ao tratamento, para que nossa meta seja alcançada e que tenhamos boa adesão ao tratamento não medicamentoso. Sendo assim, focaremos na prevenção para estabilização dos pacientes com HAS descompensada, sabemos que a hipertensão arterial leva a outras comorbidades incluindo a IAM, focar nos pacientes hipertensos nos levará a uma prevenção de media a longo prazo. Poderemos realizar esse projeto junto a comunidade com ajuda de toda a equipe, por se tratar de comum interesse entre unidade de saúde e comunidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Diminuir os valores pressóricos dos usuários da ESF Barro Vermelho, no Município de Gravataí, no estado do Rio Grande do Sul, através do projeto de Caminhada pela Saúde

2.2 Objetivos específicos

- Incentivar a adesão ao tratamento não farmacológico complementando o tratamento farmacológico;
- Conscientizar a população que o sedentário é uma das causas de HAS;
- Diminuir o consumo de polifarmácias na saúde dos hipertensos de responsabilidade da unidade básica de saúde.

Promover atualização de conhecimento para os profissionais da equipe sobre mudança no estilo de vida focado no exercício físicos (caminhada) com o objetivo de afastar o paciente do sedentarismo, promovendo uma boa qualidade de vida.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica – HAS, se define como uma condição clínica multifatorial, capaz de aumentar a pressão arterial, sendo uma doença crônica, constituindo também um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2020).

O diagnóstico da HAS é definido por meio da média aritmética da pressão arterial (PA), em nível maior ou igual a 140/90 mmHg e a pressão arterial diastólica em 90 mmHg, portanto as medidas devem ser tiradas com intervalo de tempo de uma semana aproximadamente (BRASIL, 2014, p. 3).

A doença recebe a sigla DCNT (doença crônica não transmissível) e é considerada um grave problema de saúde pública, pelas altas taxas quando há internação do paciente, bem como nos custos quanto a medicamentos fornecidos pela rede pública de saúde (DALLACOSTA et al., 2010, p. 5).

A doença por vezes é silenciosa, por esse motivo é de difícil constatação, portanto é importante que os pacientes procurem os profissionais da saúde para que façam o acompanhamento da pressão arterial e recebam o diagnóstico precocemente, pois, a falta de informações leva os indivíduos a não ministrarem os cuidados corretos, o que pode ter como consequência complicações gravosas á saúde, como: amnésia, problemas de visão, problemas renais, acidente vascular cerebral, vertigens, dentre outros (FIGUEIREDO et al., 2008).

A pressão arterial, pode prevalecer de acordo com alguns fatores de risco, quais são: idade, tabagismo, alcoolismo, obesidade e sedentarismo.

A idade constituída como um dos fatores de risco é fruto de estudos e observações das alterações do envelhecimento e influência na pressão arterial dos indivíduos com mais de 60 anos de idade, no qual, segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, há uma linha tênue entre a pressão arterial e a idade da pessoa, incidindo a prevalência superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos de idade (CARDIOLOGIA, 2010, p. 23).

O tabagismo também é considerado um fator de risco modificável na HAS, sendo considerado também a causa das mortalidades por doenças cardiovasculares, segundo estudos, a nicotina que é presente no cigarro provoca um aumento do ritmo cardíaco, liberando catecolaminas e hiper-reatividade, o que aduz consequentemente o aumento da pressão arterial (FILHO et al., 2007, p. 14).

Destarte, como o tabagismo, o alcoolismo também é um fator de risco modificável, segundo estudos o consumo elevado de álcool pode aumentar significativamente a pressão arterial, conduzindo o risco inclusive de acidentes cerebrovasculares (CARDIOLOGIA, 2010).

No que tange a obesidade, esse é um fator muito predominante entre os pacientes

portadores de HAS, em conjunto com o sedentarismo, pode ser originada pelos fatores genéticos, o excesso de peso que também apresenta altas taxas de índice de massa corporal, sugere que o estilo de vida, sendo alimentação, prática de exercícios, podem se associar as baixas da pressão arterial (CARDIOLOGIA, 2010).

Os dados epidemiológicos mostram que a HAS é um problema grave de saúde pública, afetando praticamente um terço da população brasileira, onde 24,7% da população afirma ter diagnóstico confirmado de hipertensão, com maior incidência entre os idosos, cerca de 60,9% dos adultos diagnosticados com a doença tinham acima de 65 anos (??).

Estudos realizados no Brasil com 1 milhão de indivíduos no ano de 2020, indicam que 31,1 % são hipertensos, já no mundo, estima-se uma porcentagem entre 10 e 20% da população possui hipertensão (GUS, 2020).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) que compõe os dados do Ministério da Saúde, mostra que no ano de 2017 o Brasil registrou 141.878 mortes por hipertensão, o que significa 16,2 óbitos por hora, um número bastante preocupante (??).

Desde a antiguidade, mais precisamente na década de 70, existia a preocupação para controle das DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis, então iniciou-se os cuidados e estratégias para isso (MARCON, 2013).

A primeira estratégia visava a diminuição dos números de óbitos e hospitalizações decorrentes da HAS, ocorrendo nos anos de 1980, denominando-se PREV-SAÚDE – (Programa de Ações Básicas de Saúde), estendendo a cobertura de assistência básica de saúde, de forma individual e coletiva (TOSCANO, 2004).

Posteriormente no ano de 2001, lançou-se o plano de reorganização da estrutura em combate a HAS e ao DM, objetivando diminuir as ocorrências dos casos e seus agravos, e cada município e Estado deveria ser responsável pelo controle, dentro de suas possibilidades (MARCON, 2013).

Ainda havendo muitas dificuldades e desafios que deveriam ser enfrentados pelo serviço de saúde, houve a necessidade de readequação, destarte, o Ministério da Saúde lançou o manual onde constava diretrizes e recomendações para o cuidado das DCNT, sendo assim, no decorrer do tempo, até os dias atuais, são estudadas novas medidas e políticas para combate a HAS (SAÚDE, 2007).

A necessidade de se estruturar um plano de intervenção sobre o tema, incide sobre as estatísticas da doença, que representa um grave problema de saúde pública, destarte, torna-se evidente que a atenção básica de saúde, deve intervir, para controlar a incidência da doença dentro das USF e ESF. A relevância da intervenção se conota pela possibilidade de controle da doença através de hábitos adquiridos na conscientização e sensibilização dos indivíduos.

4 Metodologia

Para construção do presente plano de intervenção, foi utilizada a metodologia PES – Planejamento Estratégico Situacional, onde se define por quatro momentos: a) momento explicativo, b) momento normativo, c) momento estratégico e d) momento tático operacional (LIDA, 1993, p. 114).

O primeiro momento que é o momento explicativo, foi construída através do diagnóstico situacional na área de abrangência USF Barro Vermelho, tendo objetivo de definir a situação da saúde dos pacientes cadastrados na área, definindo inclusive o problema com maior incidência na comunidade, que são os altos valores pressóricos entre os diagnosticados com HAS, onde foi levado em consideração os fatores que aduzem a incidência do problema e a possibilidade de intervenção.

Já no momento normativo, foi elaborado uma revisão de literatura, etapa que buscou conceituar a HAS, observando o contexto histórico, os fatores que levam o indivíduo a ser diagnosticado com HA, as políticas públicas já existentes sobre o tema e a importância da intervenção na comunidade de abrangência do plano.

No momento estratégico, foi estruturado as ações e o planejamento para trabalhar o problema encontrado e atingir o objetivo geral que é diminuir os valores pressóricos dos pacientes diagnosticados com HAS na USF Barro Vermelho, para isso as atividades foram planejadas da seguinte forma:

I-) Primeiramente será realizada a busca ativa dos pacientes já diagnosticados com HA, essa busca se efetivará através de consultas médicas, consultas de enfermagem e visitas domiciliares, nesse sentido os responsáveis por essa etapa serão: médico, equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde, essa etapa será realizada no período de 01/09/2020 á 30/09/2020, tempo necessário para que seja verificado os prontuários e levantado os dados necessários para seguir com as demais etapas.

II-) Após realizada a busca ativa dos pacientes, será realizada novas consultas médicas afim de reavaliação dos casos, onde os pacientes serão avaliados individualmente, o médico que será responsável por essa etapa verificará os medicamentos prescritos, os níveis da pressão arterial, sendo utilizado o método **SCORE DE FRAMINGHAM**, para verificação de risco de doença cardiovascular de acordo com os fatores de risco. Essa etapa será realizada no período de 30/09/2020 á 30/10/2020, as consultas serão marcadas por ordem de preferência sendo: idosos, gestantes e ademais.

III-) Realizada as etapas anteriores, torna-se necessário sensibilizar os pacientes e usuários da USF, sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, essa sensibilização se dará com a realização de palestras direcionadas a comunidade em geral e rodas de conversa com os pacientes já diagnosticados com a doença. Será ministrada de uma a duas palestras, com as seguintes temáticas: a) fatores de risco sobre hipertensão arterial, b) formas de prevenção e

controle da doença, e, c) tratamentos não medicamentosos e a prática de bons hábitos, será demonstrado dentro da própria palestra, formas de manter uma alimentação saudável e alguns exercícios físicos para promoção de bons hábitos, os profissionais responsáveis para isso serão: médico, farmacêutico, equipe de enfermagem, nutricionista, educador físico, e os agentes comunitários de saúde que se responsabilizarão por convidar a comunidade, as palestras serão realizadas nos dias 22/10 e 26/11/2020. Já no que aduz sobre as rodas de conversa destinada aos pacientes já diagnosticados, será efetivado da mesma forma, com 1 encontro por semana, durante 1 mês, contando com o apoio profissional do médico, enfermagem e farmacêutico da USF, no período de 23/10, 30/10, 06/11 e 13/11/2020.

Para que seja efetiva as medidas dentro da comunidade, além da sensibilização dos pacientes acerca de bons hábitos é necessário que seja colocada em prática incentivos aos pacientes, para isso a equipe de saúde buscará parceria com educadores físicos da comunidade para que seja elaborada caminhadas, exercícios físicos e outras formas de exercícios que consolidem bons hábitos aos pacientes.

IV- O momento estratégico, ocorre depois de definidas as ações, onde será estudada a viabilidade das execuções das atividades, sendo trabalhada através de reuniões com a equipe da USF, onde levantarão questões pertinentes ao tema, e outras estratégias efetivas.

V- O último momento é o tático operacional, que trata-se unicamente na execução do plano de intervenção, e das ações abordadas, destarte, durante a execução da intervenção as atividades serão monitoradas pelo médico responsável, afim de garantir sua efetividade e se os objetivos estão sendo alcançados.

5 Resultados Esperados

De acordo com os dados e estatísticas, levantados neste trabalho, foi possível entender que a pressão arterial é vista como principal problema dentro da comunidade e também um problema de saúde pública, destarte, a HAS representa um dos principais fatores de risco em eventos cardiovasculares, o que necessita de uma intervenção, visto seus riscos e consequências para os pacientes.

Sendo que há tratamentos medicamentosos potentes para que haja controle da doença, há de considerar também outras formas de controle não medicamentosas como a prática e exercícios de bons hábitos diários, como caminhada, boa alimentação, redução do álcool, sódio, entre outras formas.

Dessa maneira, o presente plano de intervenção busca como resultados, reduzir os valores pressóricos dos pacientes diagnosticados com HAS, promovendo o controle da doença dentro da ESF, bem como, proporcionar conhecimento aos usuários da rede de saúde sobre os bons hábitos tanto alimentares como físicos, para que assim possam prevenir e controlar a PA, através destes tratamentos não medicamentosos, sendo assim, as atividades elaboradas na metodologia, são de notória importância para que obtenha-se o resultado positivo dentro da ESF Barro Vermelho.

Referências

- BRASIL, M. da S. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. *Cadernos de atenção básica*, n° 35., p. 5–162, 2014. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S. *Hipertensão (pressão alta)*:: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>>. Acesso em: 16 Jul. 2020. Citado na página 15.
- CARDIOLOGIA, S. B. D. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Brás. Cardiol.*, p. 1–10, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- DALLACOSTA, F. M. et al. Perfil de hipertensos cadastrados no programa hiperdia de uma unidade básica de saúde. *Unoesc Ciência*, v. 1, n. 1, p. 45–52, 2010. Citado na página 15.
- FIGUEIREDO, N. M. A. de et al. *Tratado prático de enfermagem*. João Pessoa: Yendis, 2008. Citado na página 15.
- FILHO, J. R. N. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de luzerna, santa catarina, 2006. *Arq. Brás. Cardiol.*, v. 89, n. 5, p. 12–16, 2007. Citado na página 15.
- GUS, M. Posicionamento brasileiro sobre hipertensão arterial resistente – 2020. *Arq. Brás. Cardiol.*, p. 3–30, 2020. Citado na página 16.
- LIDA, I. Planejamento estratégico situacional. *Artigo*, p. 113–125, 1993. Citado na página 17.
- MARCON, S. S. A trajetória das políticas públicas de saúde para hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Rev. Aps.*, p. 13–45, 2013. Citado na página 16.
- SAÚDE, M. da. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: Doenças crônicas não transmissíveis e rede carmen. *Normas e manuais técnicos*, p. 13–45, 2007. Citado na página 16.
- TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis:: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc. e Saúde Coletiva.*, p. 12–14, 2004. Citado na página 16.