



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

Alba Carolina Flores Parmero Fabiane

Plano de Intervenção para Atenção à Saúde dos
Hipertensos da Unidade Básica de Saúde (UBS)
Ramos, Porto Alegre - RS

Florianópolis, Março de 2023

Alba Carolina Flores Parmero Fabiane

Plano de Intervenção para Atenção à Saúde dos Hipertensos da
Unidade Básica de Saúde (UBS) Ramos, Porto Alegre - 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: Zeno Carlos Tesser Junior
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Alba Carolina Flores Parmero Fabiane

Plano de Intervenção para Atenção à Saúde dos Hipertensos da
Unidade Básica de Saúde (UBS) Ramos, Porto Alegre - 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

Zeno Carlos Tesser Junior
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos problemas de saúde pública mais importante no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos principais fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A escolha em trabalhar com esta área estratégica está fundamentada na questão de que estas doenças crônicas constituem as primeiras causas de morbimortalidade na população adstrita à Unidade Básica de Saúde, atrelado ao sub registro em seus indicadores de qualidade de acordo com o protocolo do ministério de saúde. **Objetivo:** Este trabalho procura melhorar a atenção à saúde dos pacientes hipertensos da UBS Ramos, Porto Alegre-RS. **Metodologia:** Serão usadas ferramentas como os protocolos de atenção ao hipertenso do ministério da saúde, planilhas de ação e monitoramento, as ações realizadas incluíram o cadastramento destes usuários no programa de atenção ao hipertenso, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupos de educação em saúde, a realização de atividades educativas para adesão ao tratamento medicamentoso e capacitações da equipe multidisciplinar da unidade de saúde. **Resultados esperados:** melhora na atenção á saúde desdes pacientes.

Palavras-chave: Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão

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

O projeto de intervenção proposto será realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Ramos, que é pertencente na rede ambulatorial da gerência eixo norte Baltazar no município de Porto Alegre- RS. Esta unidade de saúde fica localizada na rua K esquina com rua C, SN - Santa Rosa, nº131, Bairro Rubem Berta, no município de Porto Alegre-RS.

Como dado histórico, cito o nome do bairro que foi dado em homenagem a Rubem Martin Berta, um dos pioneiros da aviação comercial brasileira, foi o primeiro funcionário da Varig e chegou a presidir-la; A Viação Aérea Rio-Grandense (Varig) foi fundada em 1927. Quanto a região, início do século XX, era uma região agropastoril com sua economia baseada na venda de insumos como leite e seus derivados. Os minifúndios dominavam as paisagens locais e abasteciam toda a área central. O desenvolvimento rápido se deu devido à alta densidade habitacional da região, teve início na década de 1960 e culminou com o reflexo do crescimento e desenvolvimento industrial e comercial de sua capital Porto Alegre - RS.

A organização da equipe está setorizada conforme a profissão e carga horária de trabalho. As agendas do clínico geral e pediatra funcionam no horário da manhã e possui 70 % de suas agendas liberadas para atendimento provenientes da demanda espontânea, existem três horários que são reservados para idosos, podendo serem agendados por telefone para atendimento do clínico geral. No horário da tarde as consultas para todos os médicos e especialistas são agendadas conforme os programas de pré-natal, puericultura, e cuidados contínuos dos adultos em doenças crônicas.

As enfermeiras realizam acolhimento pela manhã e consultas são programadas para tarde. As consultas de Odontologia são no turno da manhã, sendo apenas efetuado o acolhimento e na parte da tarde sendo realizadas as consultas agendadas. Além disso os técnicos de enfermagem realizam atendimento nas áreas de: Procedimentos, Farmácia, sala de vacina, curativos e recepção. No horário estendido participam os demais integrantes da equipe efetuando demanda espontânea.

Como citado anteriormente, considero a equipe muito qualificada, pois muitos deles possuem treinamentos, desenvolvimentos e habilidades na área da emergência bem como experiência na atenção primária. Temos obtido respostas muito positivas em relação aos trabalhos oferecidos na unidade, através do feedback por parte do conselho comunal.

A população tem tido uma participação muito cooperativa nos grupos criados pela unidade, demonstrando sempre muito interesse fornecendo novas ideias do que eles gostariam de fazer de forma conjunta com a equipe. A maioria da população na área de abrangência do posto de saúde tem prevalência das doenças crônicas como Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Mas existem também em regiões específicas uma população muito jovem com gestação prematura. Esta unidade está localizada em uma área de alta

vulnerabilidade social.

Entre os fatores históricos e culturais que influenciam nas condições de saúde da população estão as superstições, principalmente por parte da população idosa, que mantém os costumes antigos de fazer orações ou chá de plantas para a cura de algumas doenças, estas heranças culturais são passadas por gerações.

Também outro fator é a religião, alguns pacientes têm certas restrições como o uso de método anticoncepcional de emergência que para eles é considerado uma forma de aborto, assim como nas coletas e caso necessários de transfusões de sangue, existem religiões que não permitem. Além disso, o nível de educação e instrução dos pacientes pode dificultar o entendimento na leitura de uma receita médica, desta forma o paciente não consegue entender o tratamento que lhe é prescrito na consulta.

As principais vulnerabilidades ambientais da comunidade são: 1) Um fator importante que não deveríamos deixar de mencionar é a frequência com a qual são retiradas as árvores e a queima da vegetação nativa. 2) Contaminação das fontes de água, devido descarte de resíduos e esgoto sem tratamento. 3) Dificuldade na coleta de lixo ou resíduos e não costume de reciclagem.

A comunidade tem dificuldade para o acesso à unidade pela insegurança dentro do território. Além disso é difícil realizar as visitas domiciliares próximas as áreas vermelhas, em virtude de existirem vários pontos de tráfico de drogas, sendo que um deles fica situado na quadra da unidade, onde por vezes foram necessários a mando dos traficantes o fechamento do posto devido a guerras pela disputa do tráfico. Outro problema que temos também é o excesso na demanda de pacientes, deixando as comunidades com déficit no atendimento. Trabalhamos com ficha de espera e agendamento, onde os cidadãos aguardam abertura do posto por horas ao relento para ganharem sua ficha, inclusive vendendo seus lugares na fila.

As condições de moradia na comunidade em sua totalidade são precárias, sendo que muitas delas são construídas desde lambri até alvenaria. Algumas possuem encanamentos cloacais enquanto outras não. Bem como algumas possuem energia elétrica outras furtam energia sendo popularmente conhecidas na comunidade como: "Fazem Gato." Devido as partes das habitações da comunidade serem irregulares e de difícil acesso, não são realizadas coletas seletivas de lixo, criando assim montanhas de lixo a céu aberto. Elevando a incidência de casos de dengue, pneumonia, asma, entre outras doenças.

A área de abrangência da UBS Ramos possui 10.000 famílias cadastradas para uma população total de 13.500 (IBEG 2010). Temos a distribuição da população por faixa etária: Crianças e adolescente 0-19: 2500 pessoas. Adultos 20-59: 2700 pessoas. Idosos 60+: 4,800 pessoas. O coeficiente de natalidade é de 50 no ano de 2019. Os indicadores de mortalidade na área de abrangência são os seguintes: Taxa de mortalidade geral da população corresponde a 27,6 no ano de 2019. Taxa de mortalidade por doenças crônicas foi de 61 no ano 2019. Taxa de mortalidade infantil no município foi de 8,98 no ano 2017. Razão de

mortalidade materna foi 31,2 no ano 2019.

A frequência de algumas doenças na comunidade são: Prevalência de HAS no mês mais recentemente registrado foi de 0,04, sendo um total 400 casos registrados no mês de maio/2020; Incidência de diabetes em idosos foi de 277 nos últimos 6 meses no 2020. O número de casos de HIV identificados é de 10 no total da população no 2020. Além das doenças e agravos descritos anteriormente, há outros que se destacam do ponto de vista epidemiológico na comunidade como: Sífilis e tuberculose.

Entre os indicadores citados podemos concluir que a comunidade da UBS Ramos, possui alto índice de pacientes com HAS e DM, pelas precárias ações de saúde desenvolvidas na promoção e prevenção, o que faz refletir em como nossa equipe deve atuar e programar os atendimentos nesta população, para conseguir diminuir os índices. Em contraponto, temos uma cobertura de 100 % das vacinas, como das gestantes cadastradas, o que apresenta um impacto positivo das ações em saúde com esta população específica. Outro destaque positivo é o baixo índice de pessoas infectadas por HIV em nossa comunidade, o que reflete que as ações de prevenção de IST's com a população adolescente e adultos jovens estão sendo resolutivas.

A criação das planilhas no Google Drive, tem servido de muita ajuda para a equipe na programação e controle das consultas, permitindo que o trabalho em equipe na alimentação destas planilhas onde todos têm acesso. Também tem sido fundamental na quantificação dos casos por doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis da nossa área de abrangência.

Segundo análise relacionada ao estado de saúde no território de abrangência, os problemas são mais relacionados ao diagnóstico social, devido à alta vulnerabilidade social da população. O percentual de doenças crônicas não transmissíveis, incide em uma alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. As características destes pacientes são muito similares.

Os pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, não insulino dependentes apresentam, descompensações frequentes devido a transgressões dietéticas, falta de atividade física, instabilidade emocional e falta de adesão ao tratamento. Assim, aproximadamente 80% da população é atingida por estas patologias.

Identificando a categoria dos problemas supracitados, podemos separá-los da seguinte forma: 1. Diabetes Mellitus; 2. Hipertensão arterial sistêmica; 3. A falta de escolaridade (afeta de forma direta na participação das atividades propostas de promoção e prevenção da saúde, isso afeta diretamente no entendimento e na compreensão das orientações passadas nas consultas); 4. O fator sócio econômico (interfere de forma direta no estilo de vida e hábitos alimentares, principalmente naqueles com diabetes Mellitus e hipertensão arterial. Por incidirem diretamente na alta prevalência, incidência e mortalidade das patologias discutidas neste relatório. É possível obter um maior aumento nos percentuais de controle, se utilizarmos com mais frequência as medidas de promoção e prevenção da

saúde e incluímos visitas nas escolas).

Considerando os dados já apontado, os problemas prioritários para o projeto de intervenção escolhido será a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A escolha se deu por ser um agravo na saúde com grande demanda na UBS e também porque a equipe de saúde consegue intervir diretamente em alguns aspectos a ele relacionado, tais como, instruções de hábitos saudáveis, como, entre outros, a alimentação e uso correto da medicação.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Ampliar a cobertura e melhorar as ações desenvolvidas no atendimento dos pacientes portadores de hipertensão arterial na UBS Ramos em Porto Alegre-RS.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar os fatores de risco que predisõem ao surgimento da hipertensão arterial nesta população.
2. Criar grupos de apoio com os usuários que favoreçam a troca de experiências visando o enfrentamento da doença.
3. Oferecer capacitações educativas que abordem o tema de HAS e tratamento à equipe de saúde e para aqueles que lidam diretamente com o usuário.
4. Incentivar os pacientes para participarem do grupo de Hiperdia existente na unidade.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. Como também é um dos problemas mais comum de saúde pública no Brasil e no mundo, é também o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio e doenças renal crônica terminal. <https://bvsms.saude.gov.br> (BRASIL, 2006). Um dos critérios atuais de diagnóstico de Hipertensão Arterial é PA: 140/90 mmHg. Estima-se que no Brasil circunda 17 milhões da população seja portadora desta doença crônica. Sendo que aproximadamente o 45 % dos indivíduos sejam da faixa etária de 40 anos e mais. Sua manifestação está cada vez mais precoce e crescente na população jovem (DUNCAN et al., 2013).

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, não transmissível, muitas vezes assintomática, que compromete o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, que por estarem associados a alterações hormonais e no metabolismo, causam o aumento da tensão sanguínea nos vasos, podendo provocar danos em diversos órgãos alvos, e levar ao ser humano a uma incapacidade total ou até a morte (OLIVEIRA; MARTINS; FREITAS, 2011).

Dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2020), cerca do 35 % da população acima de 30 anos é acometida pela doença, o que significa que 17 milhões são portadores de HAS. Sendo que 75% desta população, procuram atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Para o tratamento e controle da hipertensão arterial, é importante que a pessoa adote um estilo de vida saudável, como também mudanças na alimentação e realização de atividade física de forma regular, desta forma prevenir futuras complicações da doença. A falta de adesão ao tratamento é frequente e está associada a inúmeros fatores, relacionados ao paciente, à doença. No entanto, um grande número dos pacientes com hipertensão não utiliza os medicamentos de forma correta e contínua, como também não modificam suas hábitos para controlar a doença (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007)

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS, determinou que pacientes portadores da Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus o controle é responsabilidade dos serviços da atenção básica. Implementar o cadastro destes pacientes portadores de hipertensão e diabetes à instituição do cadastro nacional. Como também ofertar o tratamento adequado para os pacientes portadores destas doenças, busca ativa de casos, o diagnóstico precoce de complicações. Acompanhar e avaliar os impactos na morbi-mortalidade para estas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional (BRASIL, 2011).

4 Metodologia

O projeto de intervenção será realizado na unidade de saúde Ramos que está localizada na Rua K esquina rua C, SN-Santa Rosa, nº131, Bairro Ruben Berta, no município de Porto Alegre-RS. Sendo desempenhado as ações através de acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. As ações que serão realizadas no projeto de intervenção são:

1. Convite para participação no grupo de hiperdia serão realizadas na unidade de saúde.
2. Palestras educativas de reeducação alimentar.
3. Convite de participação no grupo de caminhada.
4. Avaliação de mudanças e rotina.
5. Criação de planilhas de controle: IMC, circunferência abdominal, PA e HGT.

As atividades são realizadas na UBS, durante o período de 7 meses. Assim que o usuário procurar atendimento na unidade, será marcada sua consulta de um dia para outro com a enfermeira, que cadastrará o paciente no grupo de hiperdia. Os dados coletados dos hipertensos serão repassados para a caderneta, e prontuário, que contém todas as informações necessárias para seu acompanhamento, sendo posteriormente transferidas para as planilhas de coleta de dados da intervenção. É importante resaltar que irá ser realizada uma capacitação a toda a equipe multiprofissional primeiramente, sobre os instrumentos que serão utilizados na intervenção, os cuidados e acompanhamentos dos pacientes de forma integral.

Após estar a equipe treinada, formação dos quatro grupos de hiperdia com o número de 10 até 12 pacientes por grupo, conforme ao número de pacientes cadastrados na lista. Depois irão ser fornecidos os convites de participação no grupo, com a data e horário pelos agentes comunitários de saúde (ACS) na casa dos pacientes. Os encontros de cada grupo serão realizados mensalmente, teremos:

- Palestras educativas de conhecimento sobre a doença de hipertensão arterial, fatores de riscos, e a importância da adesão ao tratamento, que serão executados pelo médico clínico e enfermeira.
- Palestras de reeducação alimentar e elaboração de cardápios pela nutricionista da equipe do NASF.
- Palestras do cuidado bucal pela dentista e auxiliar de odontologia.
- Palestras de autoestima, depressão e entre outros pelo psicólogo da equipe do NASF.

Também serão ofertadas vagas para participação no grupo de caminhada, que irá ser executada pelo professor de educação física do NASF, que será formado em dois grupos, sendo os encontros duas vezes na semana. As consultas individuais dos pacientes serão

mensalmente, onde será avaliado as mudanças e rotinas no estilo de vida. Além dos controles de: IMC, circunferencia abdominal, PA e HGT.

5 Resultados Esperados

Depois do diagnóstico e do cadastro de todos os hipertensos da comunidade espera-se uma vinculação de 85% destes pacientes ao programa, assim como ampliar a cobertura do programa de hipertensão, realizar busca ativa do 100% dos hipertensos faltosos às consultas, garantir que 100% dos hipertensos tenham a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Além disso, esperamos melhorar o estilo de vida destes pacientes mediante ações de promoção e prevenção de saúde.

Referências

- ARAÚJO, J. C. de; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 3, p. 1–5, 2007. Citado na página 15.
- BRASIL, M. de Saúde do. *Caderno de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 15.
- BRASIL, M. de Saúde do. *Caderno de Atenção Básica: Acolhimento a demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado na página 15.
- DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Rio de Janeiro: Artmed, 2013. Citado na página 15.
- IBGE, I. B. D. G. E. E. *Sistema de Estatísticas Vitais*. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 10 Ago. 2020. Citado na página 15.
- OLIVEIRA, L. M. M. de; MARTINS, A. G.; FREITAS, D. A. Hipertensão arterial: uma realidade a ser enfrentada. *EFDeportes*, v. 16, n. 161, p. 1–5, 2011. Citado na página 15.