

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANDERSON ALBERTO OTAVIANO

**PERFIL DOS HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO CENTRO DE SAÚDE OLENKA MACELARO, BOA VISTA-RR**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANDERSON ALBERTO OTAVIANO

**PERFIL DOS HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO CENTRO DE SAÚDE OLENKA MACELARO, BOA VISTA-RR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis - do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Tânia Alves Canata Becker

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PERFIL DOS HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CENTRO DE SAÚDE OLENKA MACELARO, BOA VISTA-RR** de autoria do aluno **ANDERSON ALBERTO OTAVIANO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não transmissíveis.

Profa. Msc. Tânia Alves Canata Becker
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| 1.0 INTRODUÇÃO..... | 07 |
| 1.1 Problema..... | 08 |
| 1.2 Justificativa..... | 08 |
| 2.0 OBJETIVOS..... | 08 |
| 2.1 Geral..... | 08 |
| 2.2 Específicos..... | 08 |
| 3.0 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 09 |
| 4.0 METODOLOGIA..... | 11 |
| 4.1 Variáveis do estudo..... | 12 |
| 5.0 RESULTADOS E ANÁLISE..... | 13 |
| 6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 19 |
| REFERÊNCIAS..... | 21 |
| APÊNDICE..... | 23 |
| ANEXO..... | 25 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1. Indicadores biossociais dos hipertensos cadastrados no Centro de Saúde Olenka Macelaro. Boa Vista, 2013..... | 14 |
| Tabela 2. Indicadores hábitos de vida e histórico da doença cadastrados no Centro de Saúde Olenka Macelaro. Boa Vista, 2013..... | 16 |
| Tabela 3. Atendimentos / Acompanhamentos verificados nas pesquisas no Centro de Saúde Olenka Macelaro. Boa Vista, 2013..... | 18 |

RESUMO

O estudo apresenta os resultados de uma pesquisa de campo realizada no Centro de Saúde Olenka Macelaro, Boa Vista-RR, com o objetivo de identificar o perfil dos hipertensos e as estratégias para controle de fatores de risco modificáveis utilizadas pela equipe do Programa Saúde da Família na unidade. Da equipe de saúde pesquisada foram encontrados 141 hipertensos. Desses, somente 99 com comprovação da condição crônica de saúde registrada em seus prontuários. Também houve a busca de informações acerca dos fatores biossociais, tais como hábitos de vida, história da doença e atendimentos/ acompanhamentos dos pacientes até o mês de março de 2014. Conclui-se que os indicadores para essa condição crônica de saúde permanecem semelhantes ao restante do país, mesmo com aparente presença ativa do profissional de saúde. Destacamos também que não foi possível colocar em prática todas as intervenções e materiais disponibilizados e preconizados pelo Ministério da Saúde, pois os recursos humanos, físicos e de assistência precisam de mais aprimoramento/ treinamento condizente com a população local.

1.0 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, Brasil (2011) grandes causas de morbimortalidade cardiovasculares são causadas por doenças crônicas, correspondendo mais de 70% das causas de mortes, e entre elas, a hipertensão está inserida.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial por agregar alterações metabólicas, funcionais e estruturais dos órgãos-alvos. Caracteriza-se por níveis elevados e sustentáveis de Pressão Arterial (PA), conseqüentemente aumentando os riscos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para se diagnosticar um hipertenso não há necessidade de tecnologias avançadas, tratando e controlando a doença com simples mudanças no estilo de vida e medicamentos de baixo custo com mínimos efeitos colaterais o que facilita sua aplicabilidade na atenção primária de saúde (BRASIL, 2013, p 29).

O controle dos níveis pressóricos se faz por meio de tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e por se tratar de uma doença crônica, a terapêutica necessita ser contínua, muitas vezes dificultando a plena adesão do hipertenso (CONTIERO et al., 2009).

A Atenção Básica vem para desenvolver inúmeras ações de saúde tanto individual como coletiva a população adstrita resolvendo problemas de maior frequência e relevância. Tem o Programa Saúde da Família (PSF) sua estratégia prioritária de organização. A equipe multiprofissional do PSF tem em seu processo de trabalho a construção do vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, fazendo com que a mesma possua uma conexão com a equipe, facilitando assim sua adesão e compromisso com as ações promovidas pelo PSF (ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L., 2007).

O trabalho da equipe do PSF é fundamental, pois é ela que irá incentivar os hipertensos e os familiares dos mesmos a adotarem hábitos de vida mais saudáveis, controlar níveis de pressão e evitar maiores complicações dessa doença (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Assim, com todo o trabalho desenvolvido acerca dessa condição crônica de saúde, necessitou-se do conhecimento do perfil dos hipertensos acompanhados pelas equipes do PFS do Centro de Saúde Olenka Macelaro.

1.1 Problema

Como está o perfil dos hipertensos com registros no HIPERDIA do Centro de Saúde Olenka Macelaro e como estão sendo assistidos pelas equipes do programa saúde da família desta unidade?

1.2 Justificativa

A hipertensão é o principal fator de risco para complicações cardiovasculares, uma das doenças crônicas mais frequentes, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006a).

O PSF veio para reorganizar a assistência a partir da atenção básica e garantir a integralidade das ações aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF prioriza a atenção a grupos considerados de risco, entre eles, os hipertensos (ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L., 2007).

Dessa forma, o monitoramento de grupos alvos como os hipertensos visam proporcionar qualidade de vida a essas pessoas (ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L., 2007).

2.0 OBJETIVOS

2.1 Geral

❖ Identificar o perfil dos hipertensos e as estratégias para controle de fatores de risco modificáveis utilizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família no Centro de Saúde Olenka Macelaro.

2.2 Específicos

❖ Verificar o controle dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos assistidos pelo programa saúde da família através das fichas do HIPERDIA;

❖ Descrever os grupos e estratégias oferecidas de forma individual ou coletiva ao público alvo;

❖ Determinar os fatores biossociais desta população;

- ❖ Descobrir os hábitos de vida dos hipertensos atendidos pela equipe.

3.0 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo ALMEIDA et al. (2012) a assistência à saúde vem sofrendo grandes evoluções tecnológicas, bem como o processo de transição demográfico-epidemiológica, com o maior número de pessoas envelhecendo, isto somado ao maior número de pessoas convivendo com alguma doença crônica influencia de maneira significativa o perfil de doenças na população brasileira.

A reorganização do SUS e afirmação de compromissos através dos pactos, expressa as responsabilidades e comprometimento entre as esferas de governo no intuito de intervir de forma mais resolutiva e integrada, dando importância na promoção de saúde de intervindo na qualidade de vida. Tais ações reduzem as vulnerabilidades e riscos à saúde relacionada aos seus determinantes e condicionantes. Todos os esforços elencados proporcionam uma ênfase no fortalecimento e qualificação da estratégia saúde da família (BRASIL, 2010).

A equipe multiprofissional do PSF inserida na atenção básica tem papel fundamental no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. A formação do vínculo com a comunidade é essencial para adesão e comprometimento da população com as ações promovidas pela atenção primária. (ARCHANJO, D. ARCHANJO, L. SILVA, 2007).

Um dos focos do Ministério da Saúde é o acompanhamento de pessoas em condições crônicas na rede básica de saúde, evitando assim o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade (SIS-HIPERDIA, 2014).

Segundo Zillmer et al. (2010) o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM) organizado pelo Ministério da Saúde para minimizar a morbimortalidade associada a essas doenças ofertou aos estados e municípios o Sistema de Informação sobre Cadastramento e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos (SIS-Hiperdia) ou conhecido como HIPERDIA.

O Programa HIPERDIA apresentou grandes dificuldades de implementação em vários municípios, evidenciado pela falta de recursos humanos e materiais como também conhecimento necessário para utilização do próprio sistema de informação induzindo gestores refletirem em

estratégias para novas ações relacionadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (CHAZAN;PEREZ, 2008).

Assim como SIS-HIPERDIA, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) utilizados pelas equipes do PSF, segundo Silva e Laprega (2005) mostrou que os SIS necessitam de melhorias tanto na operacionalização como no detalhamento do preenchimento das fichas, pois as informações resultavam em duplicação dos dados produzidos, ocasionando perda de tempo e de recursos financeiros. Nessa direção, existe a proposta para que verdadeiramente os SIS colaborem para o monitoramento e avaliação da atenção básica.

Com o intuito de reestruturar as informações da Atenção Básica, o Ministério da Saúde traz a proposta do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), ação com o objetivo de qualificação da gestão da informação com a finalidade de proporcionar qualidade do atendimento à população (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

Como as doenças crônicas não transmissíveis constituem um problema de saúde de maior magnitude, o Ministério da Saúde elaborou, entre outras ações, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, perante o desafio de expandir a promoção da saúde, a prevenção de doenças e de qualificar o cuidado às pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2011).

Neste plano existem as definições e diretrizes quanto às ações de vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral. Ele aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade).

A HAS é responsável por milhões de óbitos prematuros no mundo todo. Acarreta um desafio para sistema público de saúde por apresentar grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira. Considerada uma doença altamente prevalente, a Hipertensão Arterial Sistêmica é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual 90 mmHg, em indivíduo não fazendo uso de medicações anti-hipertensivas (BRASIL, 2006 a).

Recomenda-se que as medidas aritméticas de pressões arteriais sejam realizadas em pelo menos três dias diferentes, com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas para se

diagnosticar um hipertenso, tomando cuidado para não se fazer diagnósticos em situação de estresse físico ou emocional do paciente (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, várias estratégias estão sendo adotadas na atenção básica através de medidas anti-tabágicas, políticas de alimentação e nutrição, saúde bucal e oferecendo a garantia da terapêutica aos hipertensos, medidas e ações essas para minimizar o ônus das doenças cardiovasculares (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

O trabalho da equipe do PSF é de extrema importância e como ferramenta fundamental tem a educação em saúde no processo de formação do comportamento, com vistas a oferecer as pessoas à reflexão crítica das causas reais dos problemas, levando em conta às condições de vida de cada um através do incentivo a curiosidade, a construção do conhecimento e ampliação da capacidade de análise e de intervenção sobre seu próprio contexto e seu modo de vida (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

A educação consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e manter apoio contínuo é imprescindível para sustentar progressos e melhorar as condições de vida desse grupo (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Concluo que as pessoas hipertensas merecem toda a atenção e cuidado pelos profissionais de saúde, e dessa forma devemos nos sensibilizar e nos comprometermos como um profissional promotor de saúde, agentes da qualidade de vida para essas pessoas através do oferecimento do conhecimento.

4.0 METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo proposto, o presente estudo se delineou como descritivo analítico documental. O produto deste estudo enfatizou indicadores persistentes e indispensáveis na efetivação da atenção no contexto da Hipertensão Arterial Sistêmica.

O estudo concentrou-se no Centro de Saúde Olenka Macelaro do Município de Boa Vista, inserido numa macroárea contendo três equipes do Programa Estratégia de Saúde da Família que abrange os bairros Asa Branca, Olenka e Caimbé (uma parte considerada descoberta). A unidade atende 35 mil famílias. Os participantes do nosso estudo foram à população hipertensa pertencente a uma das equipes do ESF da unidade.

A coleta dos dados foi realizada em prontuários e fichas de hipertensos com cadastro na unidade desde sua existência, colhendo informações nos prontuários de janeiro a março de 2014, após autorização do gestor municipal para efetivação da pesquisa (APÊNDICE).

Para coleta dos dados optou-se pela utilização de um modelo de planilha (ANEXO) que contém indicadores pertinentes a esse público alvo (BRASIL, 2013, p 40).

4.1 Variáveis do estudo

Os indicadores adotados neste estudo foram classificados conforme documentos oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a). São eles:

Biossociais:

- ❖ Sexo: feminino e masculino;
- ❖ Etnia: branco e não branco;
- ❖ Renda ou ocupação: trabalha, aposentado e não trabalha;
- ❖ Grau de instrução: alfabetizado e analfabeto;
- ❖ Idade: considerada em anos completos;
- ❖ Índice de massa corporal (IMC): calculada pela fórmula $\text{peso} \div \text{altura}^2$, que resulta em três categorias $<18 \text{ Kg/m}^2$ baixo peso; $18\text{-}25 \text{ Kg/m}^2$ eutrofia e $>25 \text{ Kg/m}^2$ sobrepeso e obesidade.

Hábitos de vida dos hipertensos:

- ❖ Atividade física: sim, não;
- ❖ Tabagismo: sim, não;
- ❖ Consumo de bebida alcoólica: sim, não.

Histórico da doença:

- ❖ Antecedentes para a doença: sim, não;
- ❖ Doença associada: sim, não;
- ❖ Exames complementares: sim, não;
- ❖ Pressão arterial: controlada, não controlada;
- ❖ Tratamento medicamentoso: sim, não.

Atendimento/acompanhamento pela equipe:

- ❖ Consultas médicas: quantas/média;

- ❖ Consultas de enfermagem: quantas/média;
- ❖ Visita domiciliar: quantas/média;
- ❖ Participação em palestras ou grupos de apoio: quantas/média.

5.0 RESULTADOS E ANÁLISE

A região atendida pela equipe de PSF em questão possui em média prontuários de 962 famílias cadastradas. Destas famílias, cerca de 1% consta de 2 a 3 hipertensos por família, totalizando uma população de 141 hipertensos encontrados em 962 prontuários.

Através do registro no prontuário da família, realizado pelos agentes comunitários de saúde, obtivemos que 99 pessoas possuem esta condição crônica de saúde e 42 sem a possibilidade de constatação, pois não apresentavam ficha ou atendimento realizado que evidenciasse o diagnóstico de HAS. Desses 99 hipertensos comprovados, somente 53 ($\approx 70\%$) tinham cadastro no programa HIPERDIA, do Ministério da Saúde.

As tabelas abaixo apresentaram os quantitativos numéricos (Nº) ou números absolutos e as porcentagens (%) ou números relativos de cada indicador demonstrando o perfil dos hipertensos encontrados nas pesquisas realizadas no Centro de Saúde Olenka Macelaro.

Tabela 1. Indicadores biossociais dos hipertensos cadastrados no Centro de Saúde Olenka Macelaro. Boa Vista, 2013.

| I N D I C A D O R E S | BIOSSOCIAIS | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|----------------------------|---|--------------------------------------|---|--|--|--|-------|------|------|-----------|------|
| | SEXO | | ETNIA | | OCUPAÇÃO | | | GRAU DE INSTRUÇÃO | | IDADE | | IMC | | |
| | F E M I N I N O | M A S C U L I N O | B R A N C O | N Ã O B R A N C O | T R A B A L H A | N Ã O T R A B A L H A | A P O S E N T A D O | A L F A B E T I Z A D O | A N A L F A B E T O | ≤59 | >60 | <19 | 19- 25 | >25 |
| Nº | 56 | 42 | 14 | 45 | 30 | 13 | 20 | 56 | 5 | 47 | 50 | 0 | 11 | 49 |
| % | 57,5 | 42,4 | 14,1 | 45,4 | 30,3 | 13,1 | 20,2 | 56,5 | 5,05 | 47,4 | 50,5 | 0 | 11,1 | 49,4 |
| Sem registro | 1 | | 40 | | 36 | | | 38 | | 2 | | 39 | | |
| % | 1,01 | | 40,4 | | 36,3 | | | 38,3 | | 2,02 | | 39,3 | | |

Pesquisas realizadas em vários estados da federação demonstram que o público feminino representa a grande massa de hipertensos na nossa sociedade. Na nossa pesquisa a população feminina também prevalece com 56,5% do total de hipertensos pesquisados. Dados publicados pelo Ministério da Saúde através do Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 explana que a população feminina se alimenta pior e faz menos exercício do que a masculina levando a obesidade e ao sedentarismo fatores combinados alteram os níveis pressóricos. E também segundo Dias, Heeren e Angelis (2008) mulheres no climatério perdem proteção hormonal tendo mais pré-disposição a ser hipertensa.

A HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Confirmando os dados encontrados em nossa pesquisa 45,4% dos hipertensos se encontram nessa categoria.

A massa trabalhadora foi a que mais possuiu a enfermidade com 30,3% de hipertensos por estarem constantemente empenhadas em desenvolver seus serviços fora de casa, que muitas vezes levam o trabalhador a optar por hábitos alimentares inadequados e conseqüentemente desencadeando o sedentarismo e a hipertensão.

O Grau de instrução encontrado nos cadastros dos hipertensos considerava alfabetizado aquele que pelo menos sabia ler e escrever, representando 56,5% do total pesquisado.

Um pouco mais de 50% dos pesquisados estão na faixa de idosos, o que nos preocupa que a enfermidade está crescendo em faixas etárias de menos prevalência. A população senil tem maior probabilidade de desenvolver enfermidades sendo uma das populações com maior enfoque em ampliar atenção na promoção da saúde. Nos dados computados houve uma variação de idade de 39 anos a 95 anos que foram diagnosticadas como hipertensa.

Há diversos métodos para avaliar se o peso de uma pessoa é excessivo. O IMC (Índice de Massa Corporal) é o mais recomendado pela facilidade de mensuração e baixo custo, pois além de classificar o indivíduo com relação ao peso, também é um indicador de riscos para a saúde e tem relação com várias complicações metabólicas (BRASIL, 2014). Dos hipertensos que possuíam registro, 82% encontravam-se acima do peso com IMC maior que 25 Kg/m², conseqüentemente deparam-se numa zona de risco cardiovascular.

Tabela 2. Indicadores hábitos de vida e histórico da doença cadastrados no Centro de Saúde Olenka Macelaro. Boa Vista, 2013.

| I N D I C A D O R E S | HÁBITOS DE VIDA | | | | | | HISTÓRICO DA DOENÇA | | | | | | | |
|---|------------------|------|-----------|------|------------|------|----------------------------|------|------------------|------|-----------------------|-----|--------------------|------|
| | ATIVIDADE FÍSICA | | TABAGISMO | | ALCOOLISMO | | ANTECEDENTES PARA A DOENÇA | | DOENÇA ASSOCIADA | | EXAMES COMPLEMENTARES | | PRESSÃO CONTROLADA | |
| | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| Nº | 40 | 18 | 8 | 50 | 1 | 1 | 23 | 36 | 20 | 35 | 25 | 0 | 61 | 38 |
| % | 40,4 | 18,1 | 8,08 | 50,5 | 1,01 | 1,01 | 23,2 | 36,3 | 20,2 | 35,3 | 25,2 | 0 | 62 | 38,3 |
| Sem registro | 41 | | 41 | | 97 | | 40 | | 44 | | 74 | | 0 | |
| % | (41,4%) | | (41,4%) | | (98%) | | (40,4%) | | (44,4%) | | (75%) | | (0%) | |

O tabagismo é um dos fatores de risco para complicações cardiovasculares. Diversas intervenções farmacológicas e não medicamentosas, inclusive o simples aconselhamento de parar de fumar possuem benefícios comprovados para efetivo abandono do tabagismo (BRASIL, 2006b). Neste estudo 51% das pessoas não eram fumantes, sem a certeza de dados não encontrados de 41 hipertensos pesquisados.

A prática da atividade física regularmente promove efeito protetor para a doença do sistema circulatório. As orientações ao paciente devem ser claras e objetivas, as pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades doméstica dentro e fora de casa. Frequência, duração, intensidade e modo de realização são parâmetros fundamentais na prevenção de doenças (BRASIL, 2006b). Dos 58 hipertensos com registros, 69% afirmaram que realizam alguma atividade física e 31% não incorporam exercícios em suas rotinas, demonstrando o sedentarismo.

O álcool também é um fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial (BRASIL, 2013). Não foi possível detectar registros significativos que comprovasse a existência de hipertensos que façam uso de bebida alcóolica com registro de 1% que fazia uso e 1% que não fazia uso de álcool.

O histórico familiar demonstra a possibilidade ou prevalência de o individuo desenvolver a doença, enfatizando os fatores que influenciam para a ocorrência da mesma, 36,3% não possuíam antecedentes para desencadear a doença, 23,2% tinham e 40,4% não havia registro para a comprovação.

A hipertensão é uma doença crônica, que não controlada pode associar há outras doenças pela sua descompensação. Agravando ainda mais seu quadro hipertensivo o que leva o portador a ter outra(s) doença(s) associada(s).

Indivíduos hipertensos deveram ser submetidos constantemente a exames subsidiários para avaliação dos fatores de risco à doenças cardiovasculares, obtenção de pelo menos dois exames, o de glicemia e colesterol nos leva a classificar ou sugerir em que grau de risco o paciente se encontra para desenvolver doenças cardíacas (Brasil,2006b). Nos prontuários analisados houve um déficit de 75% de registro, dificultando assim o acompanhamento ou evolução do paciente a desenvolverem doenças cardiovasculares, somente 25% do total analisado tinha registro de exames que complementasse ou acompanhasse o progresso da doença.

Os níveis pressóricos limítrofes verificados casualmente precisam está em níveis de 139x89mmhg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), indivíduos considerados hipertensos possuem níveis de pressão $\geq 140 \times 90$, com tratamento adequado esses níveis carecem está em condições consideradas normais, 61,6% dos analisados alcançam os níveis normais de pressão e 38,3% necessitam de intervenção ou acompanhamento mais próximo para reverter esse descontrole pressórico. Possuíam registros de 1181 pressões verificadas com uma media de 11,9 pressões por pessoa. Dos 38,3% com pressões anormais, 52% a variação ocorria na pressão sistólica e diastólica, 29% somente na sistólica e 18% na diastólica.

Tabela 3. Atendimentos / Acompanhamentos verificados nas pesquisas no Centro de Saúde Olenka Macelaro. Boa Vista, 2013.

| I N D I C A D O R E S | ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO | | | | | | | |
|---|----------------------------|------|----------------------|------|---------------------------------|------|------------------|-----|
| | CONSULTAS MÉDICAS | | CONSULTAS ENFERMAGEM | | VISITAS DOMICILIARES ENFERMAGEM | | PALESTRAS/GRUPOS | |
| | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| Nº | 89 | 10 | 82 | 17 | 73 | 26 | 0 | 0 |
| % | 89,8 | 10,1 | 82,8 | 17,1 | 73,7 | 26,2 | 0 | 0 |
| Média por pessoa | 9,5 | | 8,6 | | 4,7 | | 0 | |

Pacientes com doenças crônicas necessitam sempre de um cuidado ou atenção diferenciada, com isso os atendimentos da equipe são essenciais para o monitoramento do paciente, mais de 80% dos hipertensos passaram por consultas médicas e de enfermagem.

Uma vez controlados os níveis pressóricos, deveremos acompanhar o paciente conforme suas necessidades individuais e o seu risco cardiovascular. Sugere-se que as consultas sejam mensais, até atingir o nível pressórico desejado. Visitas mais frequente podem ser necessárias para pacientes em estágio avançados ou com morbidade associada (BRASIL, 2013). As visitas são fundamentais por demonstrarem o ambiente que o paciente se encontra, com maior clareza

para as possíveis intervenções dos seus hábitos ou fortalecimento das rotinas saudáveis, 74% dos analisados tiveram a presença do profissional de enfermagem em suas residências e 37% foram assistidos pelos médicos em suas casas.

Não foram constatados registros que comprovassem a existência de atendimentos diferenciados a esse público alvo. O que foi identificado aleatoriamente foram anotações da equipe como um todo nos prontuários indagando “receita + orientações”, sem a clareza de que tipo de esclarecimento foi oferecido ao paciente e em que contexto estava inserido na categoria de sua enfermidade.

Com isso o centro não possui uma política voltada a essas pessoas, nem apontamentos individualizados ou a confirmação de participação em grupo de apoio, visto que a grande maioria é idosa e encontra-se no zona de risco para doenças cardiovasculares.

6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil dos hipertensos encontrados não difere consideravelmente das estatísticas que são conhecidas. Os indicadores mostraram que necessitamos colocar em prática todas as intervenções e recursos disponibilizados e preconizados pelo Ministério da Saúde, que os recursos humanos, físicos e de assistência precisam de mais aprimoramento condizente a população local. Houve grande presença do profissional de saúde a essa população, porém déficit de contribuições no contexto geral de sua enfermidade.

O médico e o enfermeiro realizam grande parte do acompanhamento de pessoas com HAS em consulta individual. É fundamental que esses profissionais saibam identificar os fatores de risco relacionados com a alimentação e realizar orientações básicas sobre alimentação saudável e seus benefícios para pessoas com PA limítrofe ou com HAS, objetivando um adequado controle pressórico e prevenção de comorbidades. Por isso que instrumentos e recursos são essenciais para o desenvolvimento de ações tanto referentes a controles nutricionais como a prática de atividade física.

A falta de registros dos indicadores apontados perfazem 38% do total de hipertensos comprovados. Segundo resolução do Cofen nº 311,2007 em seu artigo 25, registrar no prontuário do paciente a informações inerentes é indispensáveis ao processo de cuidar. O fato de o

profissional registrar a assistência prestada à população proporciona conhecimento e indagações para a reelaboração da mesma.

Necessita-se de políticas intensivas e compromisso com esse grupo, materiais ilustrativos, educativos e de acompanhamento próximo transcende o processo de cuidar. A população idosa muitas das vezes é esquecida pelos seus familiares, ela está em grande quantidade no nosso público de estudo. Com isso carecem de atenção intensiva e empenho. Somos multiplicadores do bem estar para essas pessoas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. et al. **Curso de especialização em Linhas de cuidados em enfermagem: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, mod. V: Cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde.** Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. **Saúde da Família na Atenção Primária.** 1ºed. Curitiba: Ibpex, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde** - Brasília: ministério da saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** - Brasília: ministério da saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**– Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**– Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e Acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiperdia) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 10-16, jan./mar. 2008. Disponível em < www.ufjf.br/nates/files/2009/12/010-016.pdf > Acesso em 22 abr 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 311, 12 de maio de 2007**. Dispõe sobre o código de Ética dos profissionais de enfermagem. Editora A B, Goiânia, 2006.

CONTIERO, A. P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 62-70, mar. 2009.

DIAS, D. S.; HEEREN, M. V.; ANGELIS, K. Doença cardiovascular na mulher: importância do estilo de vida. **Revista Eletrônica**, São Paulo- SP, v. 2, n. 2, p. 17-33, ago. 2008. Disponível em <ftp://ftp.usjt.br/pub/revistaic/pag17_edi02.pdf>. Acesso em 10 abr 2014.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev, 2006.

PORTAL DA SAÚDE. **HiperDia**. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/index.php/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

SILVA, A. S. da.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1821-1828, nov-dez, 2005. Disponível em < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n6/21.pdf>> Acesso 28 abr 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 95, n. 1, 2010.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-8. Abr-Jun, 2007.

ZILLMER, J. G. V et al. Avaliação da completude das informações do Hiperdia em uma unidade básica do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 240-246, jun, 2010. Disponível em < <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S1983-14472010000200006>>. Acesso em 21 abr 2014.

APÊNDICE – Autorização para realização da pesquisa

Requerimento

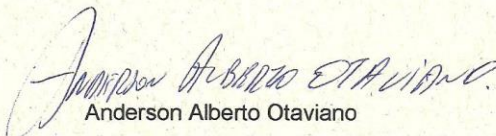
Ao Secretário Municipal de Saúde

Ex.mo Sr Marcelo de Lima Lopes

Eu, ANDERSON ALBERTO OTAVIANO, RG: 137655, enfermeiro e Especializando em Doenças Crônicas Não Transmissíveis pela Universidade Federal de Santa Catarina, e concluindo as atividades através do trabalho de conclusão de curso (TCC), Venho respeitosamente solicitar a VSª a autorização para realizar pesquisas em fichas ou prontuários de Hipertensos acompanhados ou cadastrados no centro de saúde Olenca Marcelaro com o objetivo de traçar o perfil dos hipertensos assistidos por essas equipes. Identificando os indicadores biossociais, hábitos de vida, história da doença e o atendimento oferecido pelas equipes do PSF e aquisição de informações referentes à unidade. Seguindo em Anexo o Projeto.

Nestes termos, pede deferimento.

Boa vista, 24 de janeiro de 2014.


Anderson Alberto Otaviano

APÊNDICE – Autorização para realização da pesquisa (continuação)

| | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------------|
| ATAO | | | |
| <input type="checkbox"/> AUDITORIA | <input type="checkbox"/> SAF | <input type="checkbox"/> DEAS | <input type="checkbox"/> SELOG |
| <input type="checkbox"/> SAE | <input type="checkbox"/> SAE | <input type="checkbox"/> SAE | <input type="checkbox"/> SAE |
| <input type="checkbox"/> SAE | <input type="checkbox"/> SAE | <input checked="" type="checkbox"/> SGTES | <input type="checkbox"/> SVS |
| <input type="checkbox"/> SAE | <input type="checkbox"/> SAE | <input type="checkbox"/> SAE | <input type="checkbox"/> SAE |
| PARA: | | | |
| <input type="checkbox"/> CONHECIMENTO | <input type="checkbox"/> ARQUIVO | | |
| <input type="checkbox"/> CLASSE | <input type="checkbox"/> ACENDAR | | |
| <input type="checkbox"/> MANIFESTAÇÃO | | | |
| <input type="checkbox"/> OUTROS | Assinatura | | |
| RETORNAR EM: | DIAS | HRS | |

[Handwritten Signature]
 24/01/13
 Marcelo de Lima Lopes
 Secretário Municipal de Saúde

A Diretoria do Centro de Saúde
 do Olinda.

Senhora Diretora a Excmo
 esta liberação para realizar
 seu Trabalho de Conclusão de
 Curso usando os dados do
 Centro de Saúde.

Atenciosamente

[Handwritten Signature]
 Gabrielle Almeida Rodrigues
 Coordenadora de Macroárea 2.14.0
 SMSA/PMEV

A Educação e Saúde (DES)

Para conhecimento e
 providências

[Handwritten Signature]
 Cristiane de Souza Morais
 Diretora de Departamento de Recursos Humanos
 SGTES/DEPT/SEMISA/PMEV
 BU-27/01/2014

A SAB

Para conhecimento e
 acompanhamento da especia-
 lização.

[Handwritten Signature]
 Lucimara A. de Almeida
 Chefe do Dept. de Educação
 em Saúde - DES/MSA
 27
 01
 14

ANEXO – Planilha de acompanhamento dos hipertensos (continuação)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ➤ EXAMES COMPLEMENTARES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ➤ PRESSÃO ARTERIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Controlada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não controlada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ➤ CONSULTAS MEDICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Média por pessoa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ➤ CONSULTAS DE ENFERMAGEM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Média por pessoa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ➤ VISITAS DOMICILIARES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Média por pessoa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ➤ PARTICIPAÇÃO PALESTRAS/GRUPOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Média por pessoa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fonte: (BRASIL, 2013, p 40)