

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

KARINE MERCIA DA COSTA OLIVEIRA

**RESOLUTIVIDADE NO ATENDIMENTO DE CRISES HIPERTENSIVAS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CANAFÍSTULA, MUNICÍPIO DE
TAQUARANA-AL.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

KARINE MERCIA DA COSTA OLIVEIRA

**RESOLUTIVIDADE NO ATENDIMENTO DE CRISES HIPERTENSIVAS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CANAFÍSTULA, MUNICÍPIO DE
TAQUARANA-AL.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Ms. Larissa Gutierrez de Carvalho Silva.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **RESOLUTIVIDADE NO ATENDIMENTO DE CRISES HIPERTENSIVAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CANAFÍSTULA, MUNICÍPIO DE TAQUARANA-AL** de autoria do aluno **KARINE MERCIA DA COSTA OLIVEIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Ms. Larissa Gutierrez de Carvalho Silva
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

A DEUS, pela minha vida e por mais essa etapa da minha vida.

A minha filha Karin Vitória pelo seu amor.

Aos meus pais, por toda dedicação e por ter me ensinado os valores de responsabilidade, honestidade e humildade.

Ao meu marido Jorge, por toda paciência, amor e carinho a mim dispensada, durante todo esse período.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

A minha orientadora Luciana, que desde o início do projeto se fez presente apoiando, acrescentando com seu conhecimento e experiência.

Obrigada a minha orientadora Fabiana Minati de Pinho que muito contribuiu para minha formação, ampliando meus conhecimentos.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	08
2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3 – MÉTODO.....	16
4 - RESULTADO E ANÁLISE.....	18
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1. Hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe PSF Canafistula segundo o mês. Taquarana, 2013..... **18**
- Gráfico 2. Hipertensos acompanhados pela equipe PSF Canafistula segundo sexo e idade. Taquarana, 2013..... **19**
- Gráfico 3. Número de consultas médica e de enfermagem aos pacientes hipertensos acompanhados pela equipe PSF Canafistula. Taquarana, 2013..... **20**
- Gráfico 4. Fatores que dificultam o controle da HAS segundo os usuários acompanhados pela equipe PSF Canafistula. Taquarana,2013..... **22**
- Gráfico 5. Alteração dos níveis pressóricos dos hipertensos acompanhados pela equipe PSF Canafistula. Taquarana, 2013..... **23**

RESUMO

A crise hipertensiva é uma das complicações da hipertensão arterial, caracterizada por um aumento abrupto da pressão arterial, podendo ocorrer lesão nos órgãos alvo, o que potencializa risco de morte. O objetivo deste trabalho é identificar a resolutividade no atendimento a usuários com crises hipertensivas no Programa Saúde da Família de Canafistula e os fatores que influenciam esta resolutividade. Os dados foram obtidos nos prontuários dos pacientes e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Dentre os resultados encontrados percebemos que a maior incidência de pacientes portadores de hipertensão arterial é do sexo feminino, com idade superior a 60 anos. Esses usuários procuram o primeiro atendimento nas UBS, onde são avaliados na maioria das vezes pela enfermeira. Essa procura pela UBS ocorre devido a não realização do tratamento adequado a sua patologia, levando a alterações dos níveis pressóricos, que resultam muitas vezes nas crises hipertensivas. A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada para os pacientes em crises hipertensivas, portanto se o paciente está em uma situação de emergência hipertensiva, é preciso que haja monitoramento da pressão arterial continuamente. Assim, o profissional de enfermagem deve criar estratégias para melhor atender os pacientes em crises hipertensivas, contribuindo por meio de habilidades técnicas, conhecimento científico e tomada de decisões rápidas, para evitar maiores complicações com os pacientes assistidos.

1 – INTRODUÇÃO

Esse trabalho teve como ponto de partida a participação em um projeto de intervenção desenvolvido na Unidade de Saúde de Canafistula, no município de Taquarana/AL. O atendimento é voltado para a família da localidade de abrangência. A equipe é formada por 01 medico, 01 enfermeira e 05 agentes comunitários de saúde que desenvolvem atividades aos grupos prioritários como: saúde da mulher, saúde da criança, hipertensão, diabéticos, tuberculose e hanseníase, entre outros.

O programa Saúde da Família (PSF) surgiu como uma estratégia de atenção em saúde com a proposta de possibilitar a implementação plena das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando colaborar para o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, buscando a integralidade das ações que promovessem a qualidade de vida, e tendo na sua organização os princípios da hierarquização, a regionalização e a descentralização dos serviços e da gestão, e ainda, regido sob a lógica de vigilância à saúde. (BRASIL, 2002).

Trata-se de uma estratégia que se caracteriza por desenvolver um conjunto de ações, que apesar de priorizar as ações de promoção e prevenção, o diagnóstico, o tratamento, busca também realizar as ações de recuperação e de proteção à saúde, reorientando as práticas setoriais isoladas e reafirmando a inclusão na prática em saúde de todos os profissionais, com ações coletivas e individuais de melhoria e manutenção da qualidade de vida (BRASIL, 2002).

O PSF Busca a abordagem familiar nos seus mais variados arranjos e procura redirecionar a participação dos diversos profissionais de saúde visando à construção de uma equipe articulada, multiprofissional e interdisciplinar, cujas ações estejam pautadas na atenção básica. (BRASIL, 2000). A equipe deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos).

O PSF foi criado oficialmente no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, sendo considerado um marco importante no setor saúde, utilizado como mecanismo para atender ao disposto na Constituição Federal de 1988 e, especificamente, na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde. Reconhecido nacionalmente como um recurso para levar a saúde para mais perto da família e, com isso,

melhorar a qualidade de vida das pessoas, o PSF é desenvolvido por equipe multiprofissional, com intensa participação da comunidade. (Lei orgânica da saúde, 8080/90).

Pela sua organização, o PSF se constitui como o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS), interferindo no movimento mundial de valorização da atenção primária à saúde e na construção dos sistemas públicos de saúde. Pauta-se nos princípios do SUS, da atenção primária à saúde e da saúde da família que são internacionalmente reconhecidos. Dentre alguns desafios para se alcançar integralidade na assistência à saúde das famílias na Atenção Básica, estão às ações de controle da Hipertensão Arterial.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (Ministério da Saúde, 2013).

De acordo com Brunner & Suddarth (2005) pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo. Ela pode ser modificada pela variação do volume de sangue ou viscosidade (espessura) do sangue, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minuto) e da elasticidade dos vasos. A hipertensão é uma pressão sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior de 90 mmHg, durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial, obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde, depois de uma triagem inicial.

Segundo BOUNDY (2004) E CORRÊA (2006), a hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. Já a hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária (CORRÊA et al., 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial no Brasil, existem cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais, sendo que esse número é crescente seu aparecimento está cada vez mais precoce. E estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Ministério da Saúde estima que cerca de 15 milhões de hipertensos desconheça sua condição. Em relação ao tratamento, a estimativa é de que apenas 7 milhões estejam sendo tratados (ZENI 2008), com isso ocorre o risco dos pacientes em desenvolver as crises hipertensivas.

Crise hipertensiva é a elevação, repentina, rápida, severa, inapropriada e sintomática da pressão arterial, em pessoa normotensa ou hipertensa. Os órgãos alvo da crise hipertensiva são: os olhos, rins, coração e cérebro. A crise hipertensiva apresenta sinais e sintomas agudos de intensidade severa e grave com possibilidades de deterioração rápida dos órgãos alvo. Pode haver risco de vida potencial e imediato, pois os níveis tensionais estarão muito elevados, superiores a 110 mmHg de pressão arterial diastólica ou mínima. (ABC SAÚDE, 2013).

No PSF de Canafistula situado no município de Taquarana-AL, existe cerca de 240 hipertensos, onde uma parte desses pacientes não faz uso correto da medicação, com isso ocorrem às crises hipertensivas. Nestes momentos os pacientes com seus familiares recorrem ao serviço de saúde do PSF mais próximo de sua residência.

O papel da enfermagem é de fundamental importância nesse atendimento inicial aos pacientes em crises hipertensivas, pois ele deverá contribuir com habilidades técnicas, conhecimento científico e tomada de decisões rápidas, para evitar maiores complicações com os pacientes assistidos.

Considerando a alta incidência e mortalidade relacionada à HAS é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizarem ações que visem o controle e tratamento da Pressão Arterial.

Assim sendo, o objetivo deste trabalho é identificar a resolutividade no atendimento a usuários com crises hipertensivas no PSF de Canafistula, situado no município de Taquarana-AL e os fatores que influenciam esta resolutividade.

Buscaremos tecer reflexões e considerações sobre o tema estudado, a partir das discussões que foram apresentadas ao longo do texto, como também apresentar um

posicionamento diante das questões emergentes, indicando algumas sugestões que podem ser tomadas diante da realizada apresentada aqui.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A crise hipertensiva é resultado de elevação brusca da pressão arterial, na qual se observa níveis de pressão arterial muito elevado, acompanhados de sinais e sintomas, tais como cefaleia severa, sensação de mal-estar, ansiedade, agitação, tontura, dor no peito, tosse, falta de ar, alterações visuais e vaso espasmos ao exame de fundo de olho. Pode ocorrer em indivíduos com pressão arterial habitualmente dentro de faixas de normalidade, em indivíduos portadores de hipertensão arterial ainda sem diagnóstico, como também em portadores de hipertensão arterial diagnosticada e em tratamento, sendo, nesses casos, muitas vezes em consequência a não adesão ao regime terapêutico (DAMACENO, 2000).

A crise hipertensiva, decorrente da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, pode representar uma situação de emergência ou urgência clínica. Na situação de emergência hipertensiva, percebem-se sinais que indicam lesões em órgãos-alvo em progressão, tais como encefalopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão, infarto de miocárdio e evidências de hipertensão maligna ou de dissecação aguda da aorta. Nesses casos, há riscos iminentes de vida ou de lesão orgânica irreversível, e os clientes devem ser hospitalizados e submetidos a tratamento com vasodilatadores de uso endovenoso (KOHLMANN, 2002).

Nas crises hipertensivas que constituem situação de urgência clínica, a pressão arterial pode estar bastante elevada, mas não se associam outras ocorrências, não havendo risco imediato de vida ou de danos dos órgãos-alvo. A correção dos níveis elevados da pressão arterial deve ocorrer dentro de, no máximo, 24 horas; a permanência hospitalar é pequena, e após medicação, se a pressão demonstrar responder satisfatoriamente à terapêutica, a pessoa tem alta e é orientada a continuar seu tratamento ambulatorial. As crises hipertensivas de urgência parecem mais relacionadas a situações de estresses psicológicos associados a níveis pressóricos elevados (SARVIER, 1997).

A não adesão ao tratamento da hipertensão arterial pode ocorrer devido a diversos fatores que podem estar relacionados ao paciente (hábitos de vida, crenças e hábitos culturais); à própria doença (cronicidade e ausência de sintomas); ao tratamento (efeitos incômodos das drogas); e ao acesso ao tratamento (SANCHEZ, 2004).

A equipe de enfermagem desempenha papel importante em favorecer o aumento dos índices de adesão às práticas de saúde estabelecidas para os hipertensos. O enfermeiro deve atuar diretamente na promoção da saúde, contribuindo com o diagnóstico precoce da doença,

por meio da medida rotineira da pressão arterial e orientação da equipe sob sua responsabilidade. Uma vez instalada a doença, a atuação recai em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso manejo da doença e suas complicações quando não controlada, bem como adesão a estilos de vida saudáveis (SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 2010).

Segundo SMELTZER E BARE (2005), o objetivo do cuidado de enfermagem para pacientes hipertensos deve focar a diminuição e o controle da pressão arterial sem efeitos adversos e sem custo indevido. Para que isso ocorra, a enfermeira deve apoiar e ensinar o paciente a aderir o tratamento. Desde a primeira vez que a hipertensão é detectada a enfermagem deve realizar uma monitorização cuidadosa da pressão arterial em intervalos frequentes e depois do diagnóstico em intervalos rotineiramente agendados. Desde que o paciente inicia um tratamento anti-hipertensivo, as avaliações da pressão arterial são necessárias para determinar se a terapia medicamentosa está fazendo efeito ou variações que indiquem a necessidade de alterar o plano de tratamento.

O controle da hipertensão arterial é conseguido por meio de um programa medicamentoso, prescrito de acordo com a gravidade do quadro, e de medidas não medicamentosas, baseadas na manutenção de um estilo de vida saudável, mediante alimentação equilibrada, prática regular de exercícios físicos, manutenção do peso corporal e abstenção do tabagismo e do etilismo. Apesar da eficácia do programa terapêutico ser bem demonstrada, observa-se com grande frequência a não adesão ao regime terapêutico, compreendendo como adesão o grau de cumprimento das prescrições dos profissionais que acompanham o portador de hipertensão arterial. A adesão ao regime terapêutico tem como resultados esperados o controle da pressão arterial, a redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares e a melhoria da qualidade. (DAMASCENO, 2000).

De acordo com BRASIL (2006), toda a equipe multiprofissional tem papel importante no que se refere à prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Cada profissional deve atuar em sua área, porém todos devem focar em um objetivo.

No que se referem ao enfermeiro, suas atribuições são (BRASIL, 2006):

- 1) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente suas atividades;

2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;

3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;

4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);

5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;

6) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;

7) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades;

8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades;

9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades.

Segundo COLEMAN E WAGNER (2008), o sistema de saúde se encontra fragmentado e operando sem coordenação, de forma episódica e reativa, uma vez que é voltado principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas.

Em virtude disso, o Ministério da Saúde (MS) normatizou a Portaria 1.600/GM que institui as Redes de Atenção às Urgências (RAU) que tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Contudo, para que isso ocorra é necessária a constante atualização dos profissionais de saúde, pois todos devem desenvolver habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica, já que a unidade básica de saúde deve ser a primeira porta de entrada do usuário, devendo toda equipe estar preparada para atender aos pacientes que apresentam quadro clínico de crises hipertensivas, onde deverá fazer a

medicação, como também monitorização da pressão arterial e acompanhamento dos pacientes pelo médico e enfermeiro da unidade de saúde.

De acordo com BRASIL (2006), toda a equipe multiprofissional tem papel importante no que se refere à prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Cada profissional deve atuar em sua área, porém todos devem focar em um objetivo.

No que se referem ao enfermeiro, suas atribuições são:

- 1) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
- 2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- 3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;
- 4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
- 5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
- 6) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;
- 7) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades;
- 8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades;
- 9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades; (BRASIL, 2006, p.40-41).

É necessária a constante atualização dos profissionais de saúde, pois, todos desenvolvem, habilidades para que se possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica. Pois a unidade de saúde tem que estar preparada para atender aos pacientes que apresentam quadro clínico de crises hipertensivas, onde deverá fazer a

medicação e os pacientes permanecerem com monitorização da pressão arterial, acompanhamento por médicos e enfermeiro.

3 - MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, em que o produto desta pesquisa é uma tecnologia de concepção ou interpretativa.

A pesquisa foi realizada no Município de Taquarana, que está localizado na região central do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de Belém, Igaci e Tanque D'Arca, a sul com Limoeiro de Anadia, a leste com Tanque D'Arca e a oeste com Coité do Nóia. A área municipal ocupa 166,5 km² (0,60% de AL), inserida na microrregião do Agreste Alagoano e na microrregião de Arapiraca. Segundo o censo de 2010, a população total residente é de 19020, habitantes, dos quais 9237 são do sexo masculino (48,56%) e 9783 do sexo feminino (51,43%). São 7314 os habitantes da zona urbana (38,45%) e 11706 os da zona rural (61,54). SIAB, 2013).

Para atingir o objetivo do estudo, foram realizadas pesquisas sobre a temática em internet; revistas; publicações científicas; artigos em jornais; fontes bibliográficas. Também foram realizadas visitas a unidade de Saúde de Canafistula e análises dos relatórios produzidos pela equipe de saúde local nos programas de saúde desenvolvidos.

O município de Taquarana adotou no ano de 2004 como modelo de Atenção a Saúde, a Estratégia de Saúde da Família como base estruturante para os serviços de saúde, este responsável pela execução de um conjunto de ações e serviços que devem ser oferecidos à população usuária da Atenção Básica, tendo como garantia a referência de seus usuários aos outros serviços e em todos os níveis de complexidade.

A Rede Básica de Saúde Municipal conta com 14 Unidades de Saúde, das quais 08 são sedes das Unidades de Saúde da Família, 05 unidades de apoio, 01 unidade do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e 01 CAPS (Centro de Apoio Psicossocial). A cobertura da estratégia de Saúde da Família é de 100% e Saúde Bucal como componente do PSF é de 42%.

No nível secundário de atenção à saúde, o município dispõe de 01 Unidade Mista e 01 Laboratório Municipal de Patologia Clínica:

Os serviços ofertados na rede secundária são:

- Eletrocardiograma
- Urgência

- Ultrassonografia
- Consultas especializadas
- Exame de Patologia Clínica

Como suporte da Atenção Básica o município dispõem de 02 pediatras, 01 ginecologista e 04 odontólogos que atuam no modelo tradicional e mais a equipe do EMASF que é formada por: psicóloga, fisioterapêutica e nutricionista. Os demais serviços estão nos municípios de referência da PPI da assistência nos municípios de Arapiraca e Maceió.

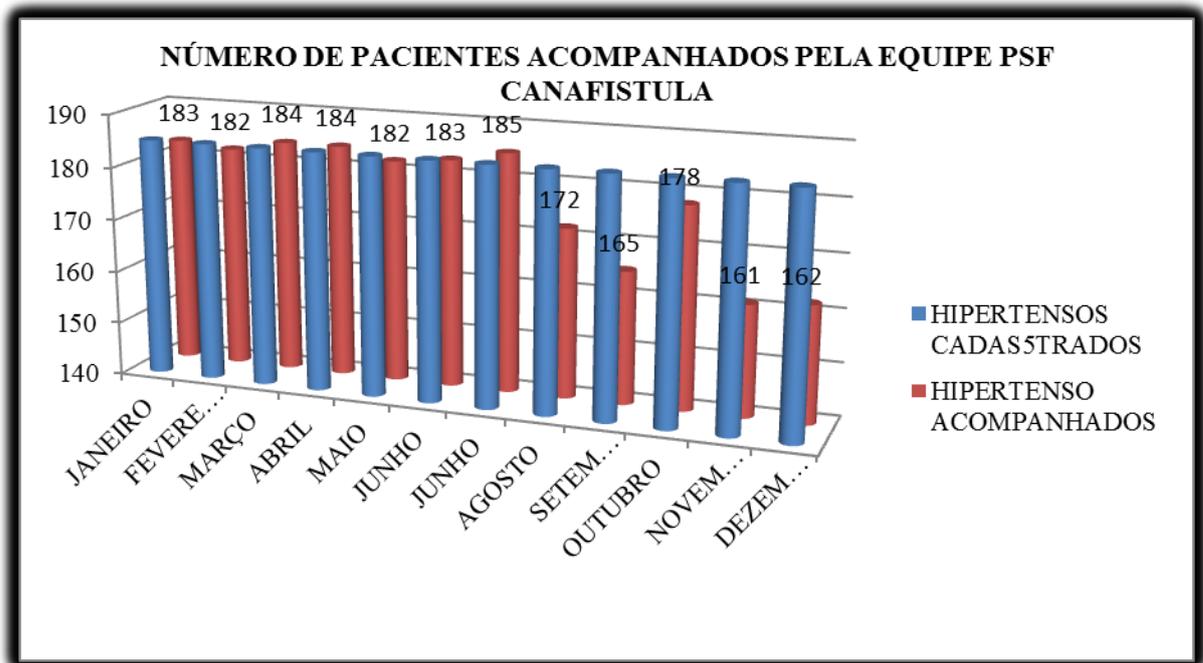
4 - RESULTADO E ANÁLISE

Através dos dados coletados nos prontuários e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Taquarana, foi possível identificar informações dos hipertensos no PSF de Canafístula, em relação ao tratamento, fatores desencadeantes da crise hipertensiva e as repercussões em suas vidas.

Vale salientar que durante o contato do usuário com a unidade é reforçada a importância do tratamento medicamentoso e todas as outras orientações necessárias para o não aparecimento da crise hipertensiva. O primeiro retorno ocorre dois dias após o atendimento no serviço de saúde, e os subsequentes, a cada quinze dias.

Em cada retorno a unidade de saúde, os cuidados de enfermagem são realizados de forma contínua, fazendo uma reavaliação dos níveis pressóricos e das principais situações desencadeantes da elevação da pressão arterial e realizando as intervenções necessárias

Gráfico 01- Hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe PSF Canafístula segundo o mês. Taquarana, 2013



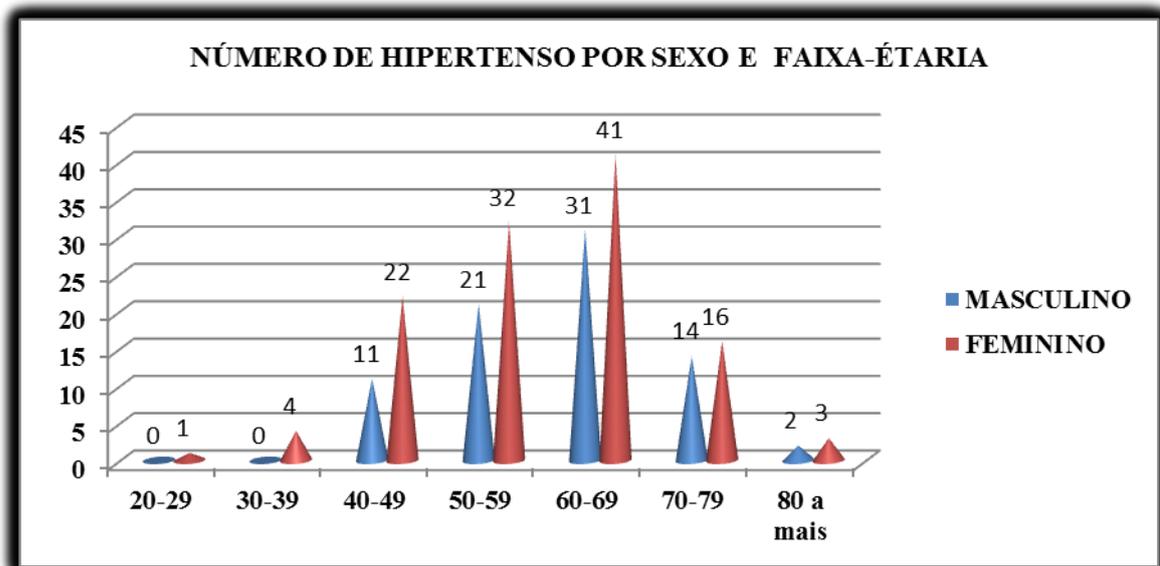
Fonte: SIAB, 2013

O PSF de Canafístula tem um total de 230 hipertensos, sendo que em média são acompanhados 183 pacientes por mês, alternando entre consultas médicas e de enfermagem. Em análise nos prontuários foi possível identificar que o deslocamento e o tempo dispensado

para marcação de consultas foram dificuldades destacadas nos prontuários dos pacientes para o adequado acompanhamento desta população.

Desde 1978, com a realização da Conferência de Alma-Ata, a Atenção Básica à Saúde tem sido considerada um dos pilares da organização do sistema de saúde. Sendo que o primeiro contato do usuário com este sistema através do nível básico de atenção à saúde tem grande potencial de resolver parte significativa das patologias ali existentes. Para que este nível básico de atenção à saúde seja capaz de oferecer uma atenção integral é fundamental a interação entre provedor e usuário, sob forma de acolhimento do profissional e da equipe de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários (ARAÚJO *et al.*, 2009). Percebeu-se que a maior procura dos usuários pelos serviços se dá nas unidades básicas de saúde, o que pode estar relacionado a seu acometimento por hipertensão, preconizando o acompanhamento na atenção básica, atualmente municipalizado. Na UBS os pacientes são acompanhados e monitorados de forma contínua, por um sistema informatizado chamado de HIPERDIA que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial, captados e vinculados a UBS de Canafistula e conseqüentemente desenvolver políticas de saúde pública que levem a modificações do quadro atual e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas .

Gráfico 02 – Hipertensos acompanhados pela equipe PSF Canafistula segundo sexo e idade. Taquarana, 2013.



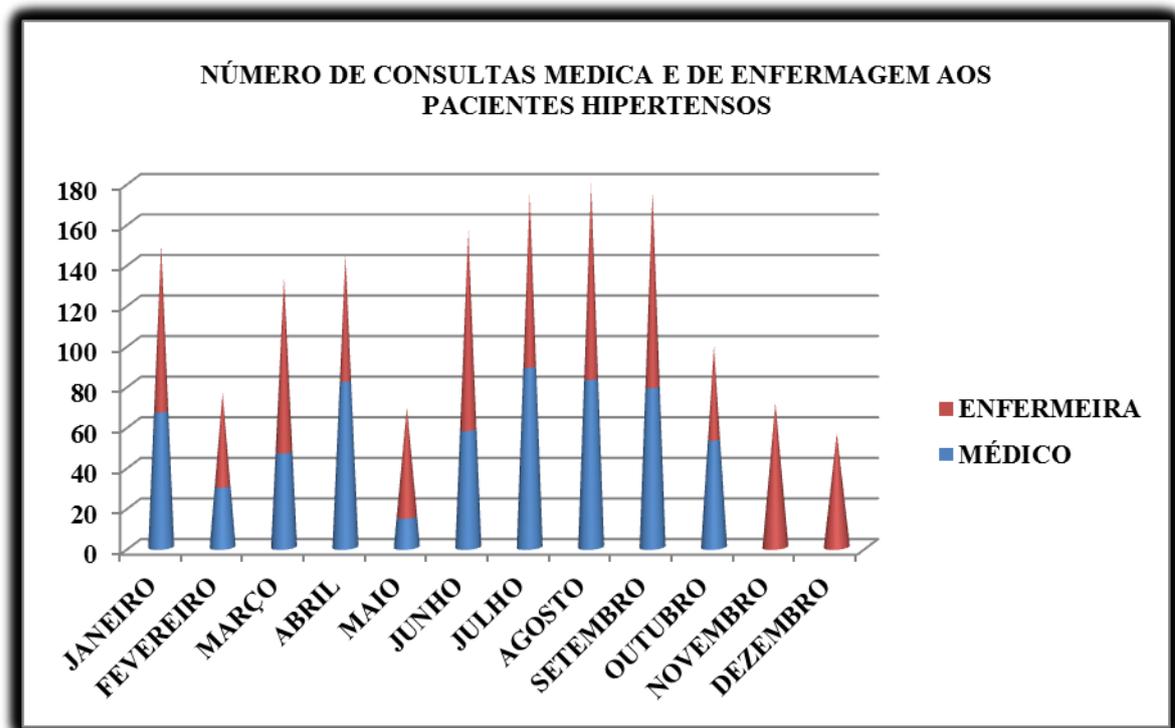
Fonte: SIAB, 2013.

O gráfico 2 mostra que a maior incidência de pacientes portadores de hipertensão arterial e do sexo feminino. Segundo Car (2008) e Jardim (2007), a possível justificativa para esse fato é a possibilidade de maior disponibilidade de tempo, com atividades domésticas, por

parte das mulheres, para comparecerem as unidades de saúde e realizar o tratamento. Em outras palavras, pode-se inferir que o número de mulheres hipertensas está relacionado à sua presença nos serviços de saúde e à abertura para realizar a promoção, prevenção e tratamento de saúde.

A prevalência de hipertensão aumenta com o avanço da idade, sendo que cerca de metade da população adulta, acima de 60 anos, tem hipertensão. Entre os diferentes grupos, de acordo com a idade e a raça, a hipertensão mostra-se mais frequente entre os homens até a idade de 59 anos (CADE, 2001). Segundo Jandim (2007) e Mil (2004), baseado em diversos estudos populacionais, observaram que existe uma associação importante entre a HA e a idade, fato que deve ser considerado, uma vez que na sociedade em desenvolvimento associado ao aumento da longevidade da população há uma agregação de outros fatores de riscos, que acabam por comprometer a qualidade de vida dos idosos.

Gráfico 03 – Número de consultas médica e de enfermagem aos pacientes hipertensos acompanhados pela equipe PSF Canafistula. Taquarana, 2013.



Fonte: SIAB, 2013.

O gráfico 03 mostra que os pacientes hipertensos da unidade de saúde de Canafistula são avaliados com maior frequência pela enfermeira do que pelo médico. De acordo com os registros dos prontuários, este dado é justificado pelo grande número de pacientes para serem atendidos e as longas filas para agendar as consultas médicas, sendo que alguns problemas a

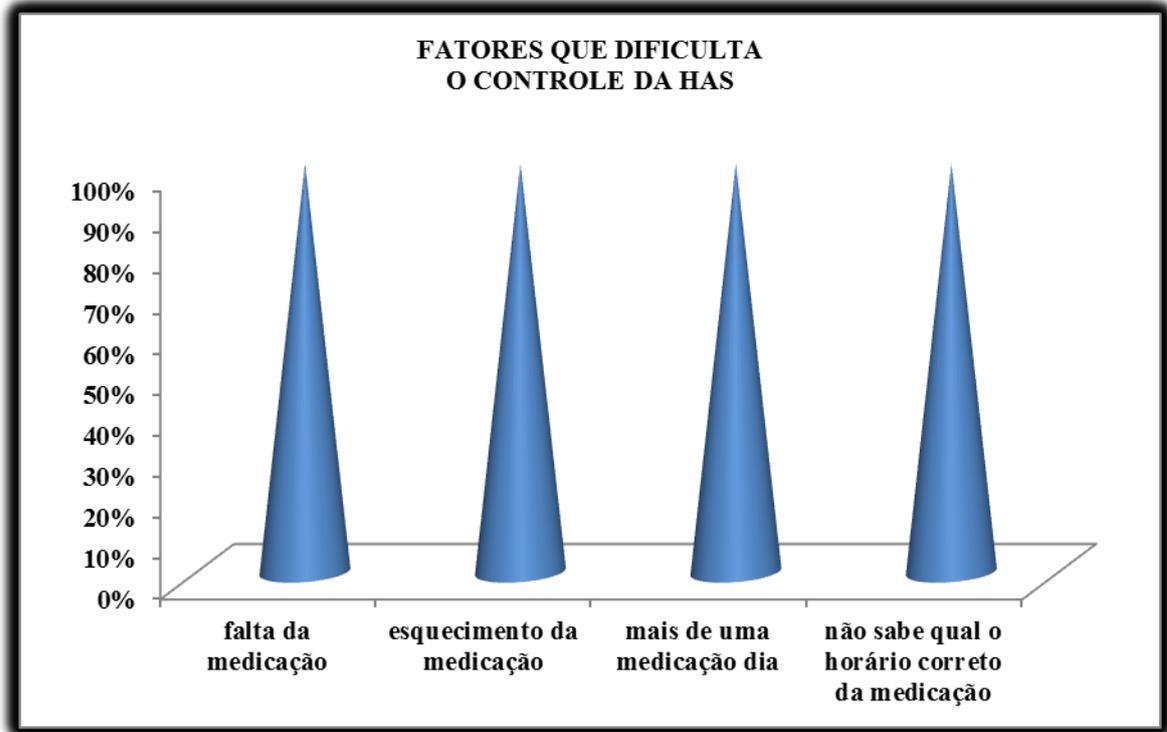
enfermeira resolve com mais facilidade por possuir um vínculo significativo com os usuários hipertensos

Ramos e Lima (2004) referem que o acesso ao serviço de saúde está relacionado as seguintes questões :a distância entre o domicílio do indivíduo e a unidade; tempo gasto para o deslocamento e os meios utilizados com essa finalidade; dificuldades para conseguir o atendimento traduzido pela presença de filas, tempo e local de espera; o tratamento que o usuário recebe dos diversos profissionais e a priorização no atendimento de casos urgentes, bem como a possibilidade de agendamento prévio.

O enfermeiro tem desempenhado um papel muito importante, priorizando o desenvolvimento das ações básicas de saúde, no acompanhamento dos hipertensos. O Ministério da Saúde através de programas como Hiperdia, que é um sistema informatizado que permite o cadastramento de portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, permite o seu acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderão ser definidos o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública, que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e à redução do custo social, com isso pode-se garantir melhores condições de saúde, e aumento da cobertura dos serviços com melhor resolutividade (SESA; 2002).

Neste contexto, a assistência de enfermagem junto ao cliente portador de HAS consiste em um conjunto de orientações para a saúde. Com a finalidade de conscientizar e promover mudanças de comportamento frente a sua problemática, com o propósito de levá-lo a atuar preventivamente, diminuindo os danos decorrentes da evolução natural da doença, investindo no desenvolvimento da capacidade e das habilidades do indivíduo para o autocuidado (BRASIL, 2013).

Gráfico 04 – Fatores que dificultam o controle da HAS segundo os usuários acompanhados pela equipe PSF Canafistula. Taquarana, 2013.

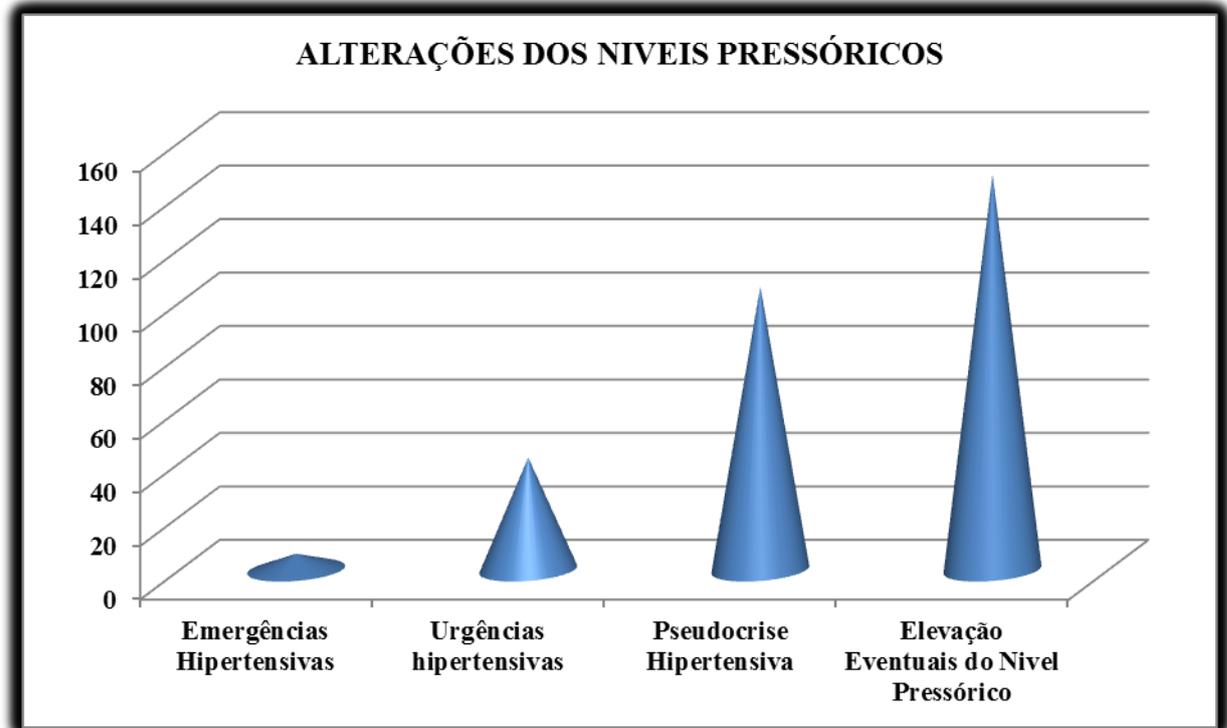


Fonte: SIAB, 2013.

Alguns usuários afirmam nos prontuários que deixam de tomar a medicação regularmente por motivos de esquecimento (Gráfico 04), o que, muitas vezes está relacionado ao processo natural do envelhecimento que tem como característica lapsos de memória, ou à sua própria condição de envolvimento com a terapêutica como: grande quantidade de medicação por dia, favorecendo o desconhecimento de todas as medicações necessárias. Ao esquecer-se de tomar os medicamentos estes hipertensos correm o risco de terem sua pressão arterial elevada. O esquecimento de tomar a medicação é uma importante dificuldade no controle da hipertensão arterial (MACIEL, 2000).

Conforme Resende (1998), no seguimento do controle de uma doença crônica, há a necessidade de adaptação, pelo seu portador, a mudanças na rotina de vida, o que torna necessário um ajustamento de sua condição de doente com as limitações e obrigações das condutas impostas, devendo os seus portadores superar emocionalmente essas mudanças. Essa dificuldade foi relatada, também, em estudo desenvolvido por Maciel (2000), o qual relata que os portadores de hipertensão arterial alegaram uso irregular dos medicamentos por seus efeitos indesejáveis, o que causa influência negativa na adesão ao tratamento da hipertensão arterial a longo prazo.

Gráfico 05 – Alteração dos níveis pressóricos dos hipertensos acompanhados pela equipe PSF Canafistula. Taquarana, 2013.



Fonte: SIAB, 2013.

Segundo a análise dos dados do gráfico 05, podemos perceber que, durante o ano de 2013, 148 pacientes que procuraram a UBS estavam com alterações dos níveis pressóricos, 106 estavam com Pseudocrise Hipertensiva -diagnosticado após consulta médica, e 48 pacientes entre as urgências e emergência hipertensiva. A HAS pode ser traduzida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica, sempre levando em conta também o risco cardiovascular.

O aumento dos níveis pressóricos é comum no dia a dia das equipes de atenção primária; portanto, esse tema merece atenção de todos, a fim de evitar condutas precipitadas e a hipermedicalização. A rotina de controle de PA, muito comum nas UBS's, torna esse nível de prevenção ainda mais necessário.(BRASIL,2012)

O manejo clínico das alterações de PA vai depender primordialmente do tipo de manifestação que a elevação da PA está causando no indivíduo. É natural entender que a indicação de droga se o controle clínico e laboratorial devem ser adequados a cada condição clínica específica. Baseado nessa avaliação clínica inicial, o médico deve poder distinguir entre os três tipos de alteração da PA, que são : Emergência hipertensiva , Urgência hipertensiva Pseudocrise hipertensiva.(BRASIL,2012)e tomar as condutas de acordo com a

classificação e com as orientações gerais de conduta para as equipes de Atenção Primária à Saúde frente à classificação da alteração do nível pressórico.(BRASIL.2012)

Fuchs e Dunca (2004) classificam as condutas de acordo com os tipos de alterações hipertensivas como: **Emergência hipertensiva:** Estabilizar o paciente e encaminhá-lo para serviço de urgência. Coordenar o cuidado do paciente, após o retorno do serviço de urgência. **Urgência hipertensiva:** Medicação o paciente, com o objetivo de reduzir a PA em 24-48h, e realizar seguimento ambulatorial. **Pseudocrise hipertensiva:** Tratar, se necessário, as patologias que levaram ao aumento da PA. **Elevações eventuais do nível de PA :**Planejar o diagnóstico de HAS, avaliar a adesão ao tratamento ou, se necessário, introduzir um tratamento medicamentoso ou adequar o tratamento atual.

A atenção básica deve se constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS's, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento. Tais atribuições estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica (2011), bem como na Política Nacional de Atenção às Urgências (2011) e na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

Os profissionais que atuam em unidade de emergência deveriam cada vez mais receber treinamento específico e aperfeiçoamento técnico-científico na prática, pois é neste local que a equipe de enfermagem em conjunto com a equipe médica executa um atendimento sincronizado ao paciente. A literatura indica que a prática da enfermagem de emergência está inteiramente ligada a competência clínica, desempenho, cuidado holístico e metodologia científica (BERCKER, 2009).

Atualmente a pesquisadora atua em uma Unidade de Saúde da Família, localizada na zona rural de Taquarana – AL, onde existe uma grande incidência dos números de pacientes portadores de doenças cardiovasculares, sendo constatado que em suas crises hipertensivas, buscam o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde.

Diante dessa situação, o profissional enfermeiro deverá estar preparado para atender, intervir e cuidar dos pacientes que estão em crises hipertensivas. Portanto, é papel do enfermeiro cuidar e orientar os pacientes sobre a importância do tratamento correto da hipertensão arterial, fatores de risco e assim evitar maiores complicações cardiovasculares.

Espera-se que este estudo sobre a prática da assistência de enfermagem venha valorizar a importância do profissional de enfermagem em uma unidade de emergência e urgência, onde mais importante do que o enfermeiro tenha de possuir habilidades técnicas deve-se, ter claro os conhecimentos científicos e a capacidade de uma rápida tomada de decisões (ANTÔNIO, 2012).

Na Unidade de Saúde da Família de Canafístula, o usuário hipertenso segue o seguinte percurso:

- I. Usuário procura a Unidade de saúde;
- II. Procura o agente administrativo da Unidade de Saúde, onde relata o seu motivo de procurar a unidade;
- III. Será atendido de acordo com a sua necessidade de saúde;
- IV. Passa pelo técnico de enfermagem que realiza seus procedimentos como: verificação da PA, temperatura, frequência respiratória , pulso, peso. O usuário é para o atendimento.
- V. O atendimento é realizado pelo medico ou pela enfermeira de acordo com a necessidade do usuário. Caso o paciente precise de atendimento de maior complexidade ou um serviço de urgência, o mesmo é encaminhado para uma unidade mista local (Unidade Mista Nossa Senhora de Fatima), onde são realizados os primeiros procedimentos e quando não são resolvidos, são encaminhados para as cidades de referencia para atendimento de maior complexidade.

Espera-se que estudos sobre a prática da assistência de enfermagem, como este que foi apresentado, venham valorizar a importância do profissional de enfermagem em uma unidade de emergência e urgência, onde mais importante do que o enfermeiro tenha de possuir habilidades técnicas deve-se, ter claro os conhecimentos científicos e a capacidade de uma rápida tomada de decisões (ANTÔNIO, 2012).

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crises hipertensivas estão cada dia mais presentes nas UBS. Embora exista um Programa Nacional de Controle da Hipertensão Arterial implantado nas UBS, são esses os pacientes que mais procuram a unidade de emergência, visto que não fazem o uso correto da medicação ou a não adesão ao tratamento adequado.

A realização deste estudo proporcionou ao enfermeiro valorizar a importância do seu trabalho em equipe e ter um bom relacionamento multiprofissional, onde cada membro tem suas atribuições definidas. O paciente tem que ter confiança no atendimento prestado para que ele possa procurar o primeiro atendimento na UBS e para isso o enfermeiro deve criar estratégias que visem à promoção, proteção e manutenção da saúde das pessoas hipertensas, orientando as pessoas a adesão ao tratamento e a prevenção de crises hipertensivas. Observamos a importância do trabalho do enfermeiro no plano assistencial e a transmissão de conhecimento para que os pacientes hipertensos realizem o autocuidado.

O enfermeiro deve estar sempre buscando novos conhecimentos através de estudos e pesquisas, para que ela possa ter maior conhecimento na área de atuação, o que conduz a um maior reconhecimento, valorização da profissão e qualificação na assistência prestada.

REFERÊNCIAS

- AMARAL CFS. Emergências hipertensivas. In: Amodeo C, LIMA EG, VASQUEZ EC. Hipertensão arterial. São Paulo: SARVIER; 1997. Cap. 32, p. 277-83.
- ANTÔNIO LBD. O Enfermeiro Frente à Crise Hipertensiva no Atendimento de Urgência e Emergência. Campos (SP); 2012.
- ARAÚJO EC, *et al.* Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2009 jun; v.25, n. 6, p.1316-1324, jun. 2009.
- BECKER E. Perfil dos Pacientes Usuários de um Serviço de Urgência e Emergência [monografia]. Novo Hamburgo (RS): Centro Universitário Feevale; 2009.
- BOUNDY, Janice et al. Enfermagem médico-cirúrgica. 3. ed. Rio de Janeiro:
- BRASIL. Governo Federal. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício da enfermagem. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 1986 jun; 9.273-9.275.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/caderno_atencao_basica15.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus- protocolo. Brasília, 2013. Cadernos de Atenção Básica.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea-protocolo. Brasília, 2012. Cadernos de Atenção Básica
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Implantação da unidade de saúde da família. Caderno 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 2004

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília-DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n.28 volume II. Brasília-DF, 2012 c.

_____. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011 - Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de saúde.

BRUNNER, Lilian S.; SUDDARTH, Dóris S. Tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

_____. www.abcdasaude.com.br/artigo.php?242. acessado em 15 de janeiro de 2014.

CADE, N. V. Teoria do déficit de auto cuidado de ordem aplicada em hipertensas. **Rev. Latinoam. Enf.**, v. 9, n. 3, p. 43-50, 2001.

CAR, H. R. et al. Crenças de saúde do paciente com hipertensão arterial. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, n.8, p. 4-7, 1988.

Ceará. Secretaria de Saúde do Estado- SESA. Metodologia de melhoria da qualidade da atenção a saúde: instrumento de avaliação e supervisão. Fortaleza. SESA; 2002

COLEMAN, CF; WAGNER, E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: BENGGOA, R.; NUÑO, RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas, una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier España, 2008. 15

CORRÊA, Thiago Domingos et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnósticas e tratamento. 2006.

DAMASCENO CF, MOREIRA MJB, LIMA RCFV, Araújo TL. Leito-dia: a experiência de atendimento nas urgências da diabetes e da hipertensão arterial. In: Livro resumo do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 out. 21-26; Recife. Recife: ABEn-Seção PE; 2000. p. 12.

FUCHS, F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: BARROS, E. et al. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

JARDIM, P.C.B.V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. Arq. Bras. Cardiol., v.88, n.4, 452-457, 2007 MACIEL, I. C. Fatores intervenientes na consulta de Enfermagem a portadores de hipertensão arterial: contribuições para as intervenções de Enfermagem. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2000. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem).

Hipertensão Arterial Sistêmica. In: DUNCAN, Bruce et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

KOHLMANN Jr O. Tratamento medicamentoso. In: Quartas diretrizes brasileiras de hipertensão: mesa redonda. Rio de Janeiro: Publicações Científicas;2002. Cap. 6, p. 15-22.

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências

MACIEL, I. C. Fatores intervenientes na consulta de Enfermagem a portadores de hipertensão arterial: contribuições para as intervenções de Enfermagem. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2000. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem).

MIL, J.G. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial na cidade de Vitória, Espírito Santo. **Rev. Hipertensão Arterial**, v.7, n.3, p. 109-116, 2004

RAMOS DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre. *Cad Saúde Pública* 2004; 19: 27-34.

Reichmann & Affonso, 2004.

RESENDE, M. M. C. Caracterização das internações hospitalares por hipertensão arterial. In *Semana Médica e Semana de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho*, 26- 4, 1996, Pouso Alegre. Resumos de trabalhos apresentados. Pouso Alegre: 1996. p. 46.

SANCHEZ CG, PIERIN AMG, Mion Jr D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(1): 90-8.

SILVA, Stael Silvana Bagno Eleutério da; COLOSIMO, Flávia Cortez; PIERIN, Angela Maria Geraldo. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, Junho 2010,

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
<www.secretariadesaudetaquarana.com.br>, acesso em 15 de Janeiro de 2013

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G., Brunner & Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Vol. 2. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.

ZENI, Ana. A perigosa relação entre hipertensão e mal de Alzheimer. 2008