



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Hélia Paula Brum Maia


Análise da atenção prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial no município de Pirai com bases nos registros dos prontuários ambulatoriais e hospitalares

Rio de Janeiro

2012

Hélia Paula Brum Maia

**Análise da atenção prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial
no município de Pirai com bases nos registros dos prontuários ambulatoriais e
hospitalares**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistema de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro

Coorientador: Prof. Dr. Cesar Augusto O. Favoreto

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

M217 Maia, Hélia Paula Brum.
Análise da atenção prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial no município de Pirai com bases nos registros dos prontuários ambulatoriais e hospitalares / Hélia Paula Brum Maia. – 2012.
85 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.
Coorientador: Cesar Augusto O. Favoreto
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Hipertensão arterial - Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Teses. 3. Programa Saúde da Família (Brasil) – Avaliação - Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Favoreto, Cesar Augusto O. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.12-008.331.1

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Hélia Paula Brum Maia

Análise da atenção prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial no município de Piraí com bases nos registros dos prontuários ambulatoriais e hospitalares

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistema de Saúde.

Aprovada em 25 de abril de 2012.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Cesar Augusto O. Favoreto
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro
Instituto de Medicina social da UERJ

Prof.^a Dra. Alda Lacerda
Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

Dedico a tese a minha família que sempre está presente em todas as etapas da minha vida.

Ao meu amor que suportou todas as fases boas e ruins que tive que enfrentar.

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital Flávio Leal que é minha casa de trabalho, principalmente ao grupo de Direção “minhas amigas”, pela atenção e ajuda.

Aos Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família pela colaboração e boa vontade.

À querida Wanda que sempre nos acolheu com um grande sorriso no rosto e com disponibilidade para ajudar - Obrigada querida!!!

Ao professor César Favoreto, pela dedicação e paciência, sem a orientação dele não conseguiria defender a dissertação.

E principalmente a Secretaria Municipal de Saúde em especial a Secretária de Saúde Maria da Conceição de Souza Rocha por ter nos proporcionado esta oportunidade.

RESUMO

MAIA, Hélia Paula Brum, *Análise da atenção prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial no município de Piraí com base nos registros dos prontuários ambulatoriais e hospitalares*. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

O controle da Hipertensão Arterial é central para que seja alcançada maior eficiência na redução de eventos adversos secundários ao descontrole crônico da pressão arterial. Os resultados de uma atenção integral aos portadores não se esgotam no acesso e disponibilização de fármacos eficazes no controle da pressão arterial. Ela envolve a rede integrada de serviços, orientada pela atenção primária, com serviços especializados e hospitalares na atenção das intercorrências. O cuidado aos portadores destes agravos crônicos exige dos serviços e profissionais da atenção primária a implantação de estratégias de acolhimento, efetivação de vínculos e projetos terapêuticos e uma intervenção que abrange a promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Com esta questão em mente é que este projeto buscou analisar a atenção prestada aos portadores de Hipertensão Arterial no município de Piraí com base nos registros dos prontuários ambulatoriais e hospitalares. Foram computados e analisados os prontuários de pacientes internados por agravos que, direta ou indiretamente, estão relacionados ao descontrole da pressão arterial. Identificaram-se um total de 61 pacientes internados com diagnóstico de internação de Crise Hipertensiva e Acidente Vascular Encefálico no ano de 2010, no Hospital Flávio Leal. A partir dos registros hospitalares foram selecionados 35 pacientes. Estes eram moradores do município de Piraí, adscritos a equipes básicas no município e tiveram seus diagnósticos de internação confirmados na alta hospitalar. A segunda etapa do estudo analisou, na Unidade de Saúde da Família, os prontuários familiares dos casos de internação. Foi observado que não havia uniformidade na forma de registro e de arquivamento dos prontuários entre as unidades básicas. Nos prontuários clínicos não havia campos destinados aos registros de aspectos psicossociais, mudança de comportamento ou adesão. As anotações eram centradas na doença e nos tratamentos farmacológicos. A participação de profissionais não médicos nos registros clínicos era escassa. A Ficha B do SIAB (Ficha de Acompanhamento do Paciente Hipertenso) que contém os dados sobre comportamento e risco cardiovascular foi encontrada apenas em 3 das 8 unidades visitadas. Segundo os dados dos prontuários analisados a distribuição de consultas e visitas domiciliares foi muito irregular. Com um total de 10 prontuários sem registros de consultas no ano em que o paciente foi internado. A gravidade dos pacientes internados pode ser identificada pelo elevado número de óbitos entre os casos analisados. Muitos dos casos apresentavam sequelas neurológicas e comorbidades que provavelmente dificultava suas idas às unidades de saúde da família. Aspectos psicossociais, familiares e da comunidade estavam, em sua maioria, ausente dos prontuários familiares analisados dos pacientes internados. Também não foram encontrados anotações sobre projetos terapêuticos multidisciplinares que individualizassem e hierarquizassem os agravos e os riscos físicos e psicossociais dos pacientes. A análise evidencia que os registros nos

prontuários não traduzem a abrangência de uma atenção integral aos portadores de Hipertensão Arterial no âmbito da Atenção Primária.

Palavras-chave: SUS. Hipertensão arterial. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Control of Hypertension is central in order to reach greater efficiency in reducing adverse events secondary to chronic uncontrolled blood pressure. The results of a comprehensive care to patients not limited to the access and availability of effective drugs to control blood pressure. It involves a network of integrated services, guided by primary care, specialist services and hospital care of the problems. The care of patients with these chronic diseases requires the services and primary care professionals to implement strategies host of links and effective therapeutic and intervention projects covering promotion, prevention, care and rehabilitation. With this question in mind is that this project was to examine the care provided to patients with arterial hypertension in Pirai based on the medical records and hospital outpatients. Were computed and analyzed the medical records of patients hospitalized for injuries that directly or indirectly, are related to uncontrolled blood pressure. We identified a total of 61 inpatients with hospital Hypertensive Crisis and Stroke in 2010, in the Leal Flavio Hospital. From hospital records of 35 patients were selected. These were residents of Pirai, ascribed the basic teams in the city and had their diagnoses confirmed at hospital discharge. The second stage of the study looked at the Family Health Unit, the family records of cases of hospitalization. It was observed that there was no uniformity in registration and archiving of medical records between the basic units. In the records there were no camps for clinical records to psychosocial, behavioral change or accession. The notes were focused on diseases and pharmacological treatments. The participation of non-medical professionals in the clinical records were scarce. The Form B of the SIAB (Sheet Hypertensive Patient Monitoring) which contains data on behavior and cardiovascular risk was found only in three of eight units visited. According to data of the charts analyzed the distribution of consultations and home visits was very irregular. With a total of 10 records without records of visits in the year in which the patient was hospitalized. The severity of hospitalized patients can be identified by the high number of deaths among the cases analyzed. Many of the cases had neurological sequelae and comorbidities that probably hindered his visits to family health units. Psychosocial, family and community were mostly absent family members analyzed the medical records of hospitalized patients. Nor were found notes on therapeutic projects and multidisciplinary individualizassem hierarquizassem injuries and physical and psychosocial risks of the patients. The analysis shows that in the medical records do not reflect the breadth of a comprehensive care to patients of Hypertension in Primary Care.

Keywords: SUS. Hypertension. Family Health Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01	- Mapa do Estado do Rio de Janeiro - Município de Pirai	43
Gráfico 01	- Número de internações totais no HFL x número de internações na clínica médica x número de internações por AVE e HAS no ano de 2010	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	- Classificação da Hipertensão Arterial segundo Caderno de Atenção Básica - Hipertensão Arterial	32
Tabela 02	- Capacidade Instalada do HFL	46
Tabela 03	- Distribuição dos leitos/clínicas/leitos disponíveis para o SUS	47
Tabela 04	- Distribuição do número de internação por Doença do Aparelho Circulatório dos residentes em Piraí, segundo capítulo do CID 10 nos anos de 2008 a 2010	47
Tabela 05	- Distribuição do número de óbitos por Doença do Aparelho Circulatório no município de Piraí nos anos de 2008 a 2010	48
Tabela 06	- Distribuição de pacientes por Unidade de Saúde da Família adscritos	56
Tabela 07	- Distribuição de pacientes por faixa etária e causa de internação	57
Tabela 08	- Distribuição de pacientes por diagnóstico e dias de internação (tempo médio de permanência) no HFL	58
Tabela 09	- Distribuição de consultas médicas por Unidade de Saúde da Família no ano de internação por AVE e Hipertensão Arterial	61
Tabela 10	- Proporção de consultas médicas em relação ao número de pacientes internados por Unidade de Saúde	62
Tabela 11	- Distribuição de consultas de enfermagem no ano de internação	63

Tabela 12 - Distribuição de visitas domiciliares médicas no ano de internação por AVE e Hipertensão Arterial	64
Tabela 13 - Distribuição de visitas domiciliares de enfermagem no ano de internação por AVE e Hipertensão Arterial	65
Tabela 14 - Distribuição de visitas domiciliares de outros profissionais (nutricionistas, fonoaudiólogo, fisioterapeuta) no ano de internação por AVE e Hipertensão Arterial	65
Tabela 15 - Distribuição de comorbidades	67
Tabela 16 - Distribuição de óbitos por faixa etária e agravos	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária em Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CV	Cardiovascular
DCNT	Doença Crônica não Transmissíveis
DCV	Doença Cardio Vascular
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HFL	Hospital Flávio Leal
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICSAP	Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IRC	Insuficiência Renal Crônica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA	15
1	CONTEXTUALIZAÇÃO	18
1.1	Sistema Único de Saúde e Atenção Primária em Saúde	18
1.2	A Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção	21
2	INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	26
3	HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA	28
4	O PSF COMO COORDENADOR DO CUIDADO, EM ESPECIAL DO CUIDADO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS	35
5	PRONTUÁRIO - INSTRUMENTO DE REGISTRO E COMUNICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE	40
6	OBJETIVOS	42
6.1	Objetivo Geral	42
6.2	Objetivos Específicos	42
7	CENÁRIO DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DE PIRAÍ	43
8	METODOLOGIA	50
9	RESULTADO E DISCUSSÃO	54
9.1	Avaliações dos dados hospitalares na internação	54
9.1.1	<u>Distribuição da procedência dos pacientes internados</u>	55
9.1.2	<u>Distribuição por sexo e faixa etária</u>	57
9.1.3	<u>Distribuição por tempo de permanência hospitalar</u>	58
9.2	Avaliações dos dados nas unidades de saúde da família	59
9.2.1	<u>Perfil da atenção prestada na atenção primária</u>	60
9.2.2	<u>Perfil do paciente</u>	66
10	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	70
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE A - Ficha de Acompanhamento de Hipertensos (Ficha B-SIAB)	82
	APÊNDICE B - Roteiro de Avaliação dos Dados no Hospital Flávio Leal	83
	APÊNDICE C - Formulário de investigação no PSF dos pacientes	

internados por Crise Hipertensiva e Acidente Vascular Encefálico	84
APÊNDICE D - Prontuário do Programa de Saúde da Família	86
APÊNDICE E - Aprovação pelo Projeto pelo CEP-IMS/UERJ	87

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Ao longo da minha inserção na enfermagem tive a oportunidade de lidar com portadores de agravos crônicos à saúde em diferentes níveis e tipos de atenção e com diferentes formas de atuação.

No ano de 2000 atuei como Enfermeira Assistencial no Município de Betim (MG) em uma unidade de saúde pública, onde desenvolvia trabalhos com grupos de atenção primária, em especial, grupo de portadores de Hipertensão Arterial.

No ano de 2001 fui convidada a assumir o cargo de Gerente de uma Unidade de Saúde no Município de Aracruz (ES), a Unidade desenvolve suas atividades em um Distrito do Município que abrange uma área adscrita de 11.000 pessoas, as atividades são desenvolvidas baseado no Programa Saúde da Família e Pronto Atendimento.

Nesta unidade, devido ao cargo de gerente, consegui observar, planejar e executar ações que eram importantes para a saúde do paciente hipertenso.

A minha função possibilitou observar as dificuldades, os nós críticos do processo de trabalho e os entraves que a equipe enfrentava mediante a situação da saúde do paciente e a suas complicações.

No ano de 2004 assumi a Coordenação do Centro Integrado de Saúde, do Programa de Saúde da Família (PSF) e Pronto Atendimento, assim como Coordenadora do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) no município de Volta Redonda (RJ), nestas respectivas unidades, pude acompanhar o processo de atenção à doentes crônicos na atenção básica, identificar as dificuldades de manter a adesão aos projetos terapêuticos e de alcançar maior efetividade no controle das enfermidades crônicas, particularmente da Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

Atualmente acumulando as funções de enfermeira assistencial do Hospital Federal de Ipanema, Diretora de Enfermagem do Hospital Flávio Leal de Piraí e engajada no Grupo de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Piraí, me deparei com as complicações da evolução destes quadros nosológicos, suas repercussões físicas e psicossociais para os indivíduos e suas famílias.

A oportunidade de vivenciar profissionalmente estes diferentes níveis de atenção traz, para mim, grande inquietação ao pensar que muitas das consequências drásticas do não controle de agravos como a Hipertensão Arterial submetem o indivíduo a condições que levam a morte ou, quando não, interferem imensamente em sua qualidade de vida.

As inquietações sobre a dificuldade de controle de agravos crônicos à saúde e, particularmente, a HAS são maiores porque é fácil constatar que o conhecimento científico e os recursos técnicos são largamente conhecidos e, de certo modo, estão disponíveis a grande maioria da população do município de Pirai através da cobertura pelo Programa de Saúde da Família de toda a população residente.

A relevância da HAS como um problema de saúde pública e a dificuldade de alcançar maior êxito na adesão ao tratamento farmacológico, assim como às medidas não farmacológicas de controle torna este um problema a ser enfrentado no cotidiano pela equipe de saúde e a ser explorado neste projeto. (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Além de uma doença com alta prevalência e de gerar riscos à saúde associados à elevada taxa da pressão arterial (PA), como o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio, sabe-se que menos de um terço dos indivíduos com pressão acima de 140/90 mmHg estão adequadamente tratados (KAPLAN & OPIE, 1995).

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica de difícil controle. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de três quartos dos pacientes hipertensos não atingem valores ótimos de PA (WHITWORTH, 2003). Sabe-se que o grande obstáculo para o controle da PA é a não adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, sendo esse um dos principais problemas de saúde pública no mundo, como os gastos no sistema de saúde dos Estados Unidos de 100 bilhões de dólares ao ano (DONOVAN; BLAKE, 1992; MORRIS; SCHULZ, 1992).

Considero, portanto, que estas inquietações levam ao reconhecimento de que na atenção aos portadores de agravos crônicos, como a HAS, ainda há muito a ser desenvolvido e compreendido e que é importante ressaltar que os avanços ocorridos no acesso e na qualificação das ações de saúde voltadas à população em geral e, em particular, para os portadores de doenças crônicas, ainda é um desafio na

gestão da rede de saúde e de suas práticas em Pirai e, certamente, um desafio também para os outros municípios brasileiros.

Com esta questão em mente é que este projeto buscou analisar a atenção prestada a partir da análise de agravos que podem caracterizar-se como complicação decorrente do insucesso no controle da HAS, as condições de acesso e os fatores implicados com a dificuldade de alcançar maior efetividade no nível primário de atenção aos portadores de HAS.

Os casos índice, a partir dos quais foram analisados os processos de cuidado, eram pacientes residentes em Pirai, acompanhados pelo PSF, que foram internados devido a complicações como Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou Crise Hipertensiva.

Neste caminho, esta reflexão espera poder contribuir para identificação e compreensão de alguns fatores que interferem na efetividade do tratamento e no aperfeiçoamento de novas formas de abordagem terapêutica nos programas de HAS desenvolvidos no nível primário, a fim de retardar as complicações provocadas pela doença, por meio de seu controle efetivo e de alcançar a valorização da saúde como uma necessidade para preservar a vida.

Para abordar este tema o trabalho faz uma contextualização que passará pela organização e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da mudança de modelo assistencial desenvolvida pela PSF e as possibilidades que as mudanças criam de ampliar o acesso e a integralidade na atenção à saúde. Em seguida tratará das características que envolvem o adoecimento crônico por HAS e a importância da atenção básica na coordenação do cuidado a estes portadores e suas famílias, tendo foco especial à forma como as ações de controle têm se desenvolvido no município de Pirai.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Sistema Único de Saúde e Atenção Primária em Saúde

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma Ata, é um importante marco na construção de uma proposta de organização de sistemas de saúde tendo como eixo orientador a atenção primária.

No documento oficial do encontro foi formulada uma declaração que enfatiza que a Saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e é um direito humano fundamental.

A conferência tinha como meta - Saúde para todos no ano 2000. Na conferência foi discutido sobre os cuidados primários de saúde como cuidados essenciais baseados em tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentada e colocada ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade.

Atenção primária representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Apesar dessa evolução, é importante notar que desde o princípio, a Conferência, apontava na direção da nova concepção de promoção da saúde, embora não totalmente delineada, porém já valorizando a saúde como componente central do desenvolvimento humano, ressaltando, os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social.

No ano de 1981, a “Primeira Conferência Nacional de Saúde”, no Canadá, introduziu a idéia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Com isto, uma visão ampliada de promoção da saúde implicava numa atuação sobre as iniquidades (incluindo o status socioeconômico), estendendo o âmbito da prevenção e apoiando o povo para enfrentar essas circunstâncias. Assim, a promoção da saúde passou de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais.

Com esta motivação foi planejada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública. Os eventos evidenciam a clara inter-relação existente entre os conceitos de atenção primária de saúde e promoção da saúde.

A partir da Primeira Conferência, já foram realizadas sete iniciativas multinacionais, cinco de caráter internacional/global, respectivamente em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997) e México (1999), e outras duas de caráter sub-regional em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993). Cada uma delas desempenhou importante papel na manutenção da motivação e interesse sobre o tema, ao mesmo tempo em que promoveu avanços significativos com a contínua ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para o real alcance dos objetivos traçados.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e logo após, a promulgação da Constituição Federal em 1988, constituem-se em marcos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentado no direito constitucional de que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, o SUS tem como principais diretrizes a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização e regionalização, a descentralização, o controle social, a participação complementar do setor privado e a política de recursos humanos.

A implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu um grande avanço na afirmação de saúde como um direito de cidadania e incorporou ao texto constitucional os princípios de equidade, integralidade fundamental para a construção de um novo sistema de saúde. Porém, foi a partir da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), que foi possível caminhar no sentido de estruturar um sistema de saúde mais equânime. A NOB 96 propôs novas modalidades assistenciais e um redirecionamento da Atenção Primária à Saúde (APS), através de mecanismos de expansão e consolidação no Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001).

O imenso desafio de implantar os princípios e as diretrizes do SUS isto é, a busca pela universalização do acesso, a equidade e a integralidade da atenção, vêm sendo enfrentado através de ações no nível da organização da gestão da saúde e

do modelo assistencial. Dentro deste escopo de mudanças a ênfase na organização e expansão da APS tem sido, com certeza, um importante passo.

A APS é definida através de seus atributos, que são o acesso de primeiro contato ao sistema de saúde, a longitudinalidade e a integralidade da atenção, a coordenação da assistência, a atenção centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural. (BRASIL, 2001).

A definição da APS engloba 04 atributos essenciais e três atributos derivados.

Os tributos essenciais são: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema, e os três atributos derivados são atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural.

STARFIELD, 2002 os define da seguinte forma:

- Acesso de primeiro contato: “implica acessibilidade e uso dos serviços pelos pacientes a cada problema novo ou para cada novo episódio do problema já existente. Independente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não oferece atenção ao primeiro contato a menos que seus usuários em potencial o percebam como acessível e isso reflita na sua utilização”;

- Longitudinalidade: “é a existência de uma fonte continuada da atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. Além disso, a ligação entre a população e sua fonte de atenção deve refletir-se em fortes laços interpessoais que expressem a identificação mútua entre os pacientes e profissionais de saúde”;

- Integralidade: “a atenção primária deve organizar-se de tal forma que o paciente tenha todos os serviços de saúde necessários, bem como serviços que possibilitem o diagnóstico e tratamento das doenças, bem como estabelecendo a forma adequada para resolução de problemas, sejam orgânicos, funcionais ou sociais”;

- Coordenação: “o serviço de APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe nos diferentes níveis do sistema de saúde”;

- Atenção Centrada na Família (Orientação Familiar): “é o conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças”;

- Orientação Comunitária: “é o conhecimento, por parte do provedor da atenção, das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e de contato direto com a comunidade, envolve também o planejamento e a avaliação

conjunta dos serviços”;

- Competência Cultural: “refere-se a capacidade de adaptação do provedor (profissional de saúde) e dos serviços de saúde, no intuito de facilitar a relação com as populações culturalmente diversas”.

No entanto, Blumenthal (1995), ao revisar a literatura sobre a eficácia da APS em grupos populacionais vulneráveis concluiu que evidências sobre a efetividade dos atributos da APS são pouco abundantes, sendo necessária a realização de estudos de avaliação que definam claramente quais atributos estão sendo avaliados e qual sua real efetividade. Esta escassez de evidências também está presente no Brasil.

Assim, torna-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a relação entre as características de estrutura e processo da APS e os desfechos de interesse, em nosso caso, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

O Ministério da Saúde vem ao longo dos últimos anos realizando várias ações avaliação da expansão da APS no Brasil, particularmente da cobertura do PSF pelos municípios brasileiros. O último grande trabalho da revista The Lancet (2010), mostrou o impacto positivo que a expansão do PSF vem trazendo para a saúde da população.

Por exemplo, foi observada a redução da mortalidade infantil e materna, assim como a redução de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária. (DE SOUZA, 2011).

1.2 A estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção

Na busca pela implementação e diretrizes dos princípios do SUS o Ministério da Saúde iniciou o PSF em 1994. Este programa tinha como objetivo a organização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência centrado na atenção fragmentada, especializada e com base no hospital. O PSF é formulado com base nos princípios da integralidade, pois é orientado e baseado na integração de ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde. Assim é proposta organização da

atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde, não mais centrada somente na doença e em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA, PORTARIA 648, 2006).

O PSF é responsável pelo acesso ao sistema de saúde de uma população adscrita, assim como pelos cuidados integrais e continuados, como base no núcleo familiar e adequados à cultura local.

Assim sendo, transformar o PSF em uma estratégia de organização foi um avanço para a gestão do SUS, uma vez que se busca não apenas o acesso e sua ampliação, mas também a reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases. A substituição do modelo fragmentado, centrado na doença e na atenção médica, levando a saúde para mais perto das famílias e melhorando-se a qualidade de vida dos cidadãos brasileiros. (GUIMARÃES & ARAÚJO, 2007).

O PSF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, em um território definido, com acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. (BRASÍLIA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A família passa ser o objeto principal da atenção, que poderá ser observada e entendida a partir do seu ambiente, do local onde vive e, nesse espaço, as relações podem ser construídas e as ações de saúde podem ser modificadas. O convívio com a família facilita o cuidado e, com isso, o indivíduo se sente amparado e seguro em todo o processo e tratamento. Cuidado bem definido por Ayres como sendo:

...uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. (AYRES, 2004, p. 74).

A participação do familiar no cuidado irá representar um papel significativo no controle dos fatores de risco da HAS. (COSTA & NOGUEIRA, 2008). A assistência em saúde da família requer enfoque multidimensional do ser e viver em família, em sua interface com o processo de saúde-doença e se concretiza nos diversos

ambientes por onde ela transita e em sua cotidianidade .

A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como uma contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde, pois a família passa a participar do desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de reabilitação. (RIBEIRO, 2004).

O estreito relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias, estabelecidas pelo Programa Saúde da Família (PSF), auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento freqüente a busca da satisfação das necessidades de saúde. (SPIRI & OLIVEIRA, 2006, p. 728).

Essa interação entre a equipe e a família permite a continuidade e acompanhamento dos agravos em saúde, fazendo com que a família participe do processo saúde-doença.

É necessário que a equipe se organize e tome medidas que articulem suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada. (PEDROSA & TELES, 2001).

Espera-se que os integrantes das equipes sejam capazes de “conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações”. (BRASIL, 2001, p. 74).

A equipe de saúde da família deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade. Elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica. (BRASIL, 2002).

Essas modalidades de práticas a serem implementadas pelo PSF, se tornam ainda mais relevantes na abordagem aos portadores de Doenças Crônicas como HAS, é preciso elaborar estratégias de acompanhamento integral a estes usuários como: ações preventivas, de promoção, assistência e de recuperação.

Além das ações diretas da equipe de saúde com os usuários, a abordagem da Doença Cardiovascular (DCV) implica no envolvimento de vários atores da sociedade, estes atores devem estabelecer parcerias, na tentativa de buscar soluções para os problemas de saúde da comunidade com a ênfase na promoção.

Deve-se ter em mente, nesse sentido, que os profissionais da saúde precisam sinalizar à população sobre a importância das escolhas viáveis em seus contextos de vida, assim como garantir que estas estejam realmente disponíveis para esse público.

Diante de uma doença crônica, como é o caso da HAS, a família se comporta de acordo com sua representação do que seja saúde-doença, evidenciando saberes diverso acerca da cura, que pode, inclusive, contrapor-se aos saberes médico. (SARAIVA *et al.*, 2007).

A atenção às doenças crônicas deve considerar as suas conseqüências de ordem física, afetiva e social para os portadores, seus familiares e comunidade, pois estes agravos geram um impacto muito grande na vida e na saúde.

Deve se considerar a complexidade de elementos que interferem no processo de saúde-doença-cuidado de uma pessoa com um agravo crônico de saúde como a Hipertensão. Entre eles as dificuldades em enfrentar o problema e aderir a regimes terapêuticos e mudanças de comportamento. Também, entre os elementos há importância do ambiente sócio cultural e do apoio familiar.

O principal motivo do controle inadequado da HAS é a não adesão ao tratamento em longo prazo. A não adesão nem sempre é fácil de detectar e mensurar pelos profissionais de saúde. A não adesão ao tratamento tem sido identificada como o maior problema de saúde pública que impõe uma considerável sobrecarga ao sistema de atenção à saúde. (MORRIS & SCHULZ, 1992).

Para a OMS a adesão ao tratamento ou aderência é:

... a extensão em que cada comportamento pessoal - administração dos medicamentos, acompanhamento de uma dieta, e/ou execução de mudanças no estilo de vida - correspondem com as recomendações acordadas com um provedor de atenção à saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, p.18.)

Ou seja, a adesão é um processo no qual o paciente é um agente ativo, que participa e assume responsabilidades pelo seu tratamento. (DOWELL; HUDSON, 1997; BRAWLEY; CULOS-REED, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Uma revisão de literatura realizada entre os períodos de 1991 e 1995 verificou os motivos pelos quais os estudos relatavam a não adesão ao tratamento dos pacientes com HAS. Foram incluídos 107 artigos dos quais 68% relacionavam ao paciente, 63% ao tratamento medicamentoso, 39% tratamento não farmacológico,

34% fatores institucionais e 8% relacionados à própria doença. (SARQUIS *et al.*, 1998).

Fatores inerentes à complexidade da farmacoterapia como dose, número de medicamentos, horários da medicação, além de outros fatores inerentes ao tratamento como efeitos adversos, efetividade dos fármacos, custos, tratamento prolongado, mudanças de medicamentos e descontinuidade do tratamento são fatores que interferem na adesão ao tratamento (SARQUIS *et al.*, 1998).

A forma como o profissional de saúde tem abordado o paciente e suas necessidades têm sido apontadas como um elemento determinante na relação entre os dois e no processo de adesão. A literatura epidemiológica apresenta dados consolidados sobre a importância do controle da HAS na prevenção da morbimortalidade por Doenças Cardiovasculares.

Nessa perspectiva, acredita-se que a maior parte das complicações poderia ser evitada, através de políticas públicas comprometidas e equânimes, norteadas pela qualidade da assistência prestada e a promoção da saúde.

Nesse contexto, o PSF deve atuar de forma integrada, com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, com medidas preventivas primárias e atendimento a HAS. As estratégias para a implementação de medidas preventivas da Hipertensão Arterial, dependem da atuação de equipes interdisciplinares, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde.

A abordagem da Hipertensão por uma equipe interdisciplinar contribui para oferecer ao paciente e/ou comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotar mudanças nos hábitos de vida e adesão ao tratamento.

A complexidade de abordagem integral a estes usuários é um desafio dos profissionais de saúde e implica no estabelecimento de situações mais dialógicas com os pacientes e na equipe envolvida na atenção.

Em seguida abordaremos os aspectos mais específicos que envolvem o risco e o adoecimento decorrente da HAS.

2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária fortalecida e adequadamente estruturada é fundamental na organização dos sistemas de saúde. Nesse contexto, a utilização de processos avaliativos contribui para que gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde para ampliar a resolubilidade do sistema. Um dos grandes desafios consiste em apontar impactos positivos de ações ou programas específicos.

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) têm se expandido como indicador indireto do acesso à atenção oportuna e efetiva no primeiro nível de atenção a saúde, ou seja, a resolubilidade da APS deve se refletir na diminuição das internações hospitalares por um grupo de causas específicas.

A partir daí, surgiu a necessidade da construção de uma listagem de grupos de doenças que poderiam ser evitadas, caso a APS fosse efetiva. Depois de vários estudos e debates, em 2008, foi lançada a Lista Brasileira de ICSAP, sendo esta definida pela Portaria nº 2217 de 17 de abril de 2008, da qual o Ministério da Saúde destaca que a mesma deverá ser utilizada como instrumento de avaliação da APS e ou da utilização hospitalar. (BRASIL, 2008).

A necessidade de quantificar e qualificar a APS gerou alguns estudos sobre sua eficiência e impacto no número de internações hospitalares como afirmam CAMINAL & CASANOVA:

A hospitalização por problemas de saúde susceptíveis de cuidados pela Atenção Primária, denominado Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), constitui um novo indicador de atividade hospitalar, desenvolvido na última década, que pretende servir de medida da efetividade da APS para a atenção de determinados problemas de saúde. (CAMINAL & CASANOVA, 2003, p.31).

Macinko (2007) relata que é necessário estudar as ICSAP para identificar problemas de acesso aos serviços de atenção básica e de qualidade dos serviços.

A atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar hospitalização ou reduzir sua freqüência. Isso significa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a referência se dará somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolarem sua competência, sendo responsabilidade da atenção

primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção, tornando-os integrados.

As informações sobre as hospitalizações por CSAP podem ser usadas para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, para avaliar os efeitos de política e como parte da avaliação da resolutividade, qualidade e acessibilidade da atenção primária à saúde, bem como contribuir nas investigações sobre iniquidade de acesso entre as regiões, comunidades e grupos populacionais. (ALFRADIQUE, 2009).

Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população podem indicar sérios problemas. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para sua ocorrência.

A Hipertensão Arterial que é uma doença tratável e passível de ser medida clinicamente representa dados nacionais significativos; os dados obtidos em 2008, a partir de quase 400.000 entrevistas, estimam que 24,0% das mulheres e 17,3% dos homens com idade ≥ 20 anos e cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade ≥ 60 anos relataram diagnóstico prévio de Hipertensão. As doenças cardiovasculares foram e continuam a ser, apesar de sua diminuição, a principal causa de morte no Brasil. As doenças cardiovasculares geram o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional. Em 2007, 12,7% das hospitalizações não relacionadas a gestações e 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais foram causadas por doenças cardiovasculares. (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Estratégias que envolvam um aumento na discussão e no planejamento intersetoriais são necessárias para implementar e intensificar intervenções custo-efetivos, que possam ajudar a criar um ambiente propício as escolhas saudáveis de estilo de vida.

O sistema de saúde brasileiro precisa ser fortalecido para oferecer assistência aos portadores de Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) mediante modelos de atenção a condições crônicas com base em experiências locais; expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família; acesso ampliado a medicamentos custo-efetivos e maior comunicação entre a atenção básica e outros níveis de cuidado. (SCHMIDT *et al.*, 2011).

3 HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

As doenças do aparelho circulatório representam, há algumas décadas, um importante problema de saúde pública em nosso país, sendo a primeira causa de morte no Brasil. No Brasil, no ano de 2008, morreram 314.506 pessoas em consequência de doenças do aparelho circulatório. (DATASUS, MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Nesse contexto, observa-se um novo perfil populacional, com a inversão da pirâmide etária, ou seja, o envelhecimento da população, a consequente diminuição da fecundidade e mortalidade, e aumento da expectativa de vida. A transição epidemiológica pode ser observada pela redução da morbimortalidade relacionada às doenças infectocontagiosas, resultante principalmente dos avanços científicos no campo biomédico. Em contrapartida, há um aumento significativo da morbimortalidade por doenças crônicas, assim como por causas externas. (BELTRÃO *et al.*, 2004).

Dados do Ministério da Saúde do Brasil indicam que, aproximadamente, 40% dos acidentes vasculares encefálicos e 25% dos infartos do miocárdio que acometem pacientes hipertensos poderiam ser evitados com diagnóstico precoce e o tratamento anti-hipertensivo adequado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

No Brasil, a prevalência da HAS, estimada em 1997 pelo Ministério da Saúde foi de 20%, numa população de aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade ≥ 20 anos. Além disso, a HAS foi responsável por 80% dos casos de AVE, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio (bastante acima dos dados mundiais que foram em 2003, 40% e 25%, respectivamente) e 40% das aposentadorias precoces. Essa enfermidade significa um custo de 475 milhões de reais, gastos com 1,1 milhões de internações por ano. (SECRETARIA DE POLÍTICAS DA SAÚDE, 2001; GUIMARÃES, 2002).

A HAS, além de ser o principal fator que influencia no risco de doença cardiovascular, também tem uma alta prevalência e impacto na morbi-mortalidade dos indivíduos. No mundo, mais de um quarto da população adulta é hipertensa, com uma grande tendência em aumentar, podendo alcançar 1,56 bilhões de adultos. (KEARNEY *et al.*, 2005).

A prevalência de pacientes hipertensos no ano de 2000 era de 333 milhões em países desenvolvidos e de 639 milhões em países em desenvolvimento. (KEARNEY *et al.*, 2005). Essas taxas variam dependendo da faixa etária da população, sendo que tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, cerca de 25-35% da população adulta é hipertensa, e em indivíduos com mais de 70 anos essas taxas aumentam para 60-70% da população. (STAESSEN *et al.*, 2003).

A Hipertensão Arterial Sistêmica representa um tema que envolve muitos contrastes, pois o diagnóstico da doença está baseado no procedimento simples e de baixo custo que é a medida da pressão arterial e a sua elevação traduz alterações em complexos mecanismos de controle, sujeitos à influência de fatores genéticos e ambientais ainda não plenamente elucidados.

Assintomática na maioria dos casos é reconhecida como “assassina silenciosa”, pelas altas taxas de morbidade e mortalidade cardiovasculares relacionadas, envolvendo todas as faixas etárias. No entanto, apesar de dispormos de um número considerável de drogas para o seu tratamento, ainda nos deparamos com a triste realidade de que apenas cerca de 10% dos hipertensos têm a sua pressão arterial controlada no Brasil. (BRANDÃO; MOTA; MACHADO, 2007).

A HAS, dentre os fatores associados à morbi-mortalidade cardiovascular, pode ser considerada ao lado do tabagismo e da obesidade, como um dos fatores de risco que pode ser modificável pela intervenção em saúde. A Hipertensão Arterial está associada ao desenvolvimento da doença cerebrovascular, doença coronariana, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo pessoal e social. (GUIMARÃES; ARAUJO, 2007; SIMÕES & SCHMIDT, 1996).

Entre os múltiplos fatores que influenciam o curso da HAS encontram-se fatores modificáveis como o sedentarismo, o estresse, hábitos alimentares irregulares, a obesidade, o consumo de álcool e tabaco e fatores não modificáveis como a herança genética e padrões raciais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Os fatores modificáveis são influenciados pelas condições de vida da população. Eles se expressam nas práticas de vida e nas relações que as pessoas estabelecem no contexto sociocultural em que estão inseridas. Por esses motivos, a

compreensão da natureza da doença, bem como do seu comportamento, não se avalia somente através dos padrões individuais, mas também pelo entendimento dos comportamentos culturais e das relações estabelecidas entre os indivíduos de uma determinada coletividade.

Pacientes foram acompanhados pelo estudo Framingham Heart Study por 38 anos, observou-se que:

A idade é um importante fator que influencia no risco de evento cardiovascular (CV) e na relação dos níveis de PA. Pacientes mais novos tem maior pressão arterial diastólica (PAD) e aqueles mais velhos têm maior pressão arterial sistólica (PAS). Entretanto, em pacientes com menos de 50 anos de idade a PAD é o fator mais relevante para o risco de evento Cardiovascular (CV), devido à influência do aumento da resistência periférica nas pequenas veias. Entre 50 e 59 anos, tanto a PAS quanto a PAD e a pressão de pulso, predizem do mesmo modo o risco de evento CV mostrando um balanço entre a resistência nas pequenas veias e a rigidez dos grandes vasos (artérias). Em idosos os fatores que influenciam no risco de evento CV é a pressão de pulso e a PAS, devido à rigidez dos grandes vasos comum nesta população. (FRANKLIN *et al.*, 1997).

Quanto ao gênero, feminino ou masculino, diferentes estudos relataram não ser este um importante fator relacionado com o risco de HAS, isto porque a diferença entre as prevalências de HAS entre gêneros não foi significativa em vários estudos levantados. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2007).

Quanto à etnia, alguns estudos relatam que as mulheres afro-descendentes possuem uma alta prevalência de Hipertensão, alcançando um aumento de 130% quando comparado às de descendência caucasianas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2007). Em geral, a Hipertensão na população negra é mais sensível à restrição do sal na dieta que na população branca.

Quanto ao nível sócio-econômico, a redução da renda esta associada a um aumento dos outros fatores de risco para elevar a PA como obesidade, tabagismo, stress e alcoolismo.

Quanto à ingestão de sal, mais especificamente do sódio, Cerca de 50% dos casos de HAS são sensíveis ao sal, sendo essa sensibilidade multifatorial com diferenças individuais na suscetibilidade, ligada a fatores hormonais, à idade, à raça, aos fatores demográficos, aos fatores intrínsecos tubulares renais e hemodinâmicos e aos fatores genéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2007; CASTELLANOS, 2006).

O sobrepeso e a obesidade são fatores predisponentes para HAS podendo ser responsável por 23% dos casos em pacientes com sobrepeso e 67% em pacientes com obesidade grau três (IMC>40kg/m²). O ganho de peso e o aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de HAS e a redução no peso reduz a PA.

Indivíduos sedentários, que realizam pouca ou nenhuma atividade física, apresentam um risco aproximado 30% maior de desenvolver HAS que os ativos.

Indivíduos com um elevado consumo de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados, têm um aumento da PA. Num estudo observacional verificou que o consumo de bebida alcoólica fora das refeições aumenta de maneira independente o risco de HA. O efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica com a redução no consumo de etanol. (V DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HAS, 2006).

Por último, o tabagismo é considerado um fator de risco independente de outros fatores. A redução no hábito de fumar não esteve associada à diminuição do risco. Pacientes que interrompem o uso do cigarro devem fazer um controle da dieta, para não ter ganho de peso. (NISKANEN *et al.*, 2004). O tabagismo deve ser agressivamente combatido e eliminado; pacientes hipertensos podem usar com segurança terapias reposicionais com nicotina para abandono do tabagismo.

É importante ressaltar que mesmo sabendo-se dos riscos associados à elevada taxa de PA e dos esforços empregados para identificar e tratar a HAS, menos de um terço dos indivíduos com pressão acima de 140/90 mmHg são adequadamente tratados. (KAPLAN; OPIE, 1995).

A Hipertensão é definida no Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2007) e pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso, de medicação anti-hipertensiva. Estes parâmetros são definidos a partir de estudos epidemiológicos que identificaram a relação entre os níveis pressóricos e o surgimento de eventos cardiovasculares. Na grande maioria dos casos a Hipertensão Arterial não apresenta sintomas, portanto, só vai ser percebida a partir da verificação com instrumento apropriado.

O ato de aferir-se a pressão arterial por meio do aparelho de Esfigmomanômetro tradicional é um dos atos mais praticados pelos profissionais de saúde e é a base para o diagnóstico de hipertensos. No entanto, muitos dos cuidados recomendados para o momento da aferição não são seguidos, propiciando diagnósticos e classificações inadequados.

Tabela 01 - Classificação da Hipertensão Arterial segundo Caderno de Atenção Básica - Hipertensão Arterial:

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 2	>_180	>_110
Hipertensão Sistólica Isolada	>_140	< 90

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 15 – HAS 2007.

SIMÕES & SCHMIDT (1996) discutem que na prática clínica, valores pressóricos persistentemente elevados ao longo do tempo, mesmo naqueles indivíduos assintomáticos, resultam em importante morbidade e mortalidade decorrentes de doença.

Diante do exposto, por sua relevância social entendida pela alta prevalência, pelos índices de morbimortalidade e, principalmente, a fragilidade na qualidade de

vida de seus portadores, a HAS representa um importante problema de saúde pública, no cenário nacional e mundial.

As complicações atribuídas à HAS podem ser manifestadas de forma temporária ou permanente, dependendo do grau de comprometimento de sua repercussão. A HAS representa o principal fator de risco para o acidente vascular encefálico, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por essa causa. (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Na abordagem da Hipertensão Arterial é reconhecido o avanço do tratamento farmacológico, o desenvolvimento de medicamentos cada vez mais eficazes, com menores efeitos colaterais e usados com posologias mais confortáveis para os pacientes. Também é identificada a expansão de ações voltadas para a atenção aos portadores de HAS no sistema de atenção público e privado. Contudo, a expansão da atenção e a eficácia medicamentosa não necessariamente são acompanhadas por resultados efetivos no controle da HAS e na prevenção dos agravos dela decorrentes. (SARQUIS *et al.*, 1998).

O aumento da efetividade da atenção não depende apenas da disponibilidade de novas e eficazes drogas. O controle da HAS implica na facilidade de acesso à atenção, na continuidade do acompanhamento, na capacidade de contextualizar o adoecimento em relação aos padrões sociais e culturais dos indivíduos, da integração entre ações de tratamento com as de prevenção e mudança de comportamentos associados ao risco cardiovascular global (como a alimentação saudável, o controle do tabaco, a atividade física). No bojo de um modelo assistencial, o nível de atenção capaz de desenvolver estas ações e facilitar a adesão do paciente ao tratamento com maior qualidade é o da Atenção Primária. (BRASIL, 2000).

Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASÍLIA 2009, p. 10).

A influência do sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento é aspecto a ser considerado na abordagem de pacientes com doenças crônicas em especial a HAS. É na relação equipe-paciente que se inicia a conquista da adesão. Um bom relacionamento equipe-paciente pode melhorar a adesão ao tratamento e o cuidado em saúde. (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde tem a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente e introduz nova visão no processo de trabalho, “[...] com o papel de garantir à maior parte das necessidades de saúde e filtrar os outros níveis”. (ESCOREL *et al.*, 1995, p.165).

A longitudinalidade (continuidade), o vínculo/responsabilização com o cuidado, a busca da organização das práticas das equipes no PSF são elementos que podem potencializar a efetividade na atenção aos portadores de HAS.

4 O PSF COMO O COORDENADOR DO CUIDADO A PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS COMO A HIPERTENSÃO ARTERIAL

Para Franco e colaboradores (1999) a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula.

Quando pensamos na atenção ao portador de HAS é preciso reconhecer que ele sofre as conseqüências de um agravo crônico à saúde que, por sua vez, implica em necessidades específicas de quem presta o cuidado, isto é, de serviços de saúde e seus profissionais. O modelo de prática clínica centrado na dimensão biomédica e com olhar dirigido apenas para a doença se torna ainda menos eficiente do que em situações nas quais ocorrem formas de adoecimento agudo. (BURY, 2001).

Faz se necessário estabelecer uma adequada comunicação e interação entre as pessoas com Hipertensão Arterial e a equipe de saúde, levando em conta o diálogo, a interação e a reflexão. É importante saber escutar e buscar compreender a pessoa hipertensa e também utilizar uma fala que seja acessível e de fácil entendimento. (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003). A consideração da pessoa como sujeito de ações dos profissionais de saúde implica na compreensão da relação que ela estabelece entre sua historia de vida, seu modo de ser e viver e os fatores de risco para Hipertensão Arterial. (MUSSI, 2003).

As equipes multiprofissionais conseguem, pela diversidade de profissionais, com seus variados enfoques, esclarecer mais o paciente não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento. (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Na atenção às pessoas com HAS a falta de adesão às medidas de prevenção, acompanhamento e tratamento constituem-se em um dos maiores problemas para alcançar efetividade no controle deste agravo altamente prevalente tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. (SILVA; LIMA; EVANGELISTA, 2009).

Há uma grande importância na identificação precoce dos fatores que interferem na adesão ao tratamento de uma doença crônica que pode se iniciar pelo reconhecimento das características socioculturais da vida do paciente, da

especificidade da doença e do tratamento e se completa no estabelecimento do vínculo dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade. (SARQUIS *et al.*, 1998).

Na perspectiva dos portadores de HAS, essa enfermidade é percebida de maneira única e subjetiva, devido muitos sentimentos, simbologias e preocupações que representam em suas vidas. O reconhecimento desses aspectos da vida e da subjetividade são facilitados por uma atenção que esteja próxima física e conceitualmente das pessoas, suas famílias e o contexto onde vivem. Estas são características centrais na organização da APS:

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA, PORTARIA 648, 2006)

Além desta proximidade que o modelo de atenção proporciona a maior efetividade da atenção aos portadores de doenças crônicas implica que a prática clínica assuma uma dimensão dialógica, interativa e cuidadora. (KLEINMAN, 1988).

A Política Nacional de Humanização vem dando ênfase no olhar diferenciado do sujeito. Podemos dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas. (BRASIL, 2004).

A vivência das pessoas com formas crônicas de adoecer e de sofrer exige que o médico entenda o significado de todo o adoecimento e atue integrando o saber médico com o do paciente, produzindo uma síntese que o inclui como sujeito no processo clínico-terapêutico. (FAVORETO & CABRAL, 2007).

Portanto, para alcançar a efetividade da atenção aos portadores de um agravo crônico como a HAS não basta à oferta de serviços básicos à população, devido a sua grande complexidade, é necessário que as equipes de saúde valorizem o indivíduo, respeitando suas crenças, idéias, valores, pensamentos e sentimentos sobre a patologia. (COSTA & NOGUEIRA, 2008).

Considerar estas características do adoecimento crônico e, nesse espectro, ter o foco na atenção a HAS na rede de saúde do SUS, obriga a pensarmos a forma

como é proposto o cuidado às pessoas e suas famílias no PSF e sua potencialidade para expandir e qualificar a atenção prestada para este tipo de usuário.

MERHY (2004), discute o processo das relações humanas como um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma com a outra, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

O PSF vem buscando uma nova concepção de trabalho e, com isso, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional permitindo maior diversidade das ações. Busca uma relação construída e baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade. Este movimento requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. (BRASIL, 2000).

O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. (SCHIMITH & LIMA, 2004).

O Programa de Saúde da Família facilita o processo de cuidado, pois garante o acesso dessa população ao serviço de saúde e dá continuidade as ações. Deste modo, cria vínculos que possibilitam maior resolutividade na atenção aos agravos crônicos á saúde. (RIBEIRO, 2004).

O profissional de saúde pode perceber e entender o resultado do tratamento, ou o reconhecimento das necessidades e demandas, as concepções do paciente e com isso coordenar o cuidado pautado na singularidade no contexto de vida.

O Ministério da Saúde com a Política Nacional de Humanização (2007) vem oferecendo uma nova proposta de trabalho que auxilia a equipe de saúde a enfrentar situações de vulnerabilidade do sujeito, o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O Projeto Terapêutico geralmente é dedicado a situações mais complexas e é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O projeto pode ser feito também para grupos e famílias e não só para indivíduos. Ele busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.

A proposta do Projeto Terapêutico Singular convida-nos a entender que as situações percebidas pela equipe como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da clínica tradicional. A dificuldade de adesão e de controle de agravos crônicos como a Hipertensão Arterial precisa ser abordada como um caso complexo e merece o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares.

Uma atenção especial deve estar voltada para as potencialidades e as vitalidades do sujeito. Ainda é muito forte o hábito nas unidades de saúde os profissionais se restringirem somente aos problemas e dificuldades, as doenças e os tratamentos, enquanto que, buscando as potencialidades, é mais fácil encontrar aliados para o Projeto Terapêutico. (FERREIRA & FAVORETO, 2011).

A construção interdisciplinar do projeto terapêutico o encontro e o diálogo de toda a equipe, nele todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.

O município de Piraí adota a Estratégia de Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção desde o ano de 2002, através de atividades pautadas no acolhimento do usuário, na escuta qualificada, no compromisso em resolver os problemas de saúde e em estabelecer vínculos com o usuário. Com esta mudança de modelo vem tentando alcançar indicadores de saúde satisfatórios e mais qualidade de vida e resolutividade à atenção prestada pela rede de saúde.

A avaliação da qualidade da atenção pode ser feita por diversos processos e instrumento de coletas de dados. Uma das formas é avaliar as informações produzidas pelos profissionais durante a atenção que prestam aos portadores de determinados agravos à saúde. O prontuário é o local onde estas informações são

registradas pelos profissionais das equipes de saúde tanto no âmbito hospitalar como nos PSF.

5 PRONTUÁRIO - INSTRUMENTO DE REGISTRO E COMUNICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

O Conselho Federal de Medicina, pela Resolução n.º 1.638/02, define prontuário como “documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”. Para simplificar – é o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 2006).

O prontuário é um instrumento de trabalho de toda equipe de saúde. Nele são registradas todas as informações referentes à assistência ao paciente. Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação.

O prontuário completo possibilita avaliar o desempenho da instituição responsável pela assistência ao paciente. A avaliação da qualidade e da quantidade de serviços prestados dependerá, primariamente, da exatidão das informações incluídas no prontuário. É fundamental, portanto, que estejam registrados nesse documento todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele destinados.

É fundamental que todos os profissionais que lidam com o paciente façam ali suas anotações. É imprescindível a formação do hábito cultural de escrever metodicamente no prontuário. Isso estimula os profissionais a conhecer mais o paciente e sua doença.

Segundo Florence Nightingale (1820-1910), precursora da Enfermagem Moderna:

quando tratava feridos na Guerra da Criméia (1853-1856) já relatava que a documentação das informações relativas aos doentes é de fundamental importância para a continuidade dos cuidados ao paciente, principalmente no que se refere a assistência de Enfermagem. É clássica a frase de Nightingale, quando observa a importância dos registros de saúde: “Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado, em todos os locais, informações; mas, em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações. Estes

registros poderiam nos mostrar como o dinheiro tem sido usado, o quê de bom foi realmente feito com ele...". (NIGHTINGALE *apud* MASSAD *et al.*, 2003, p. 2).

Na Instituição de saúde hospitalar ou atenção primária, os prontuários tem sido agente de mudanças qualitativas, no entanto, há necessidade de maior clareza dos registros nesses instrumentos. Não basta saber qual o número de pacientes hipertensos atendidos pela equipe de saúde, mas também é necessário ter informações como, quantos pacientes tem adesão ao tratamento, quantos fazem uso de medicação regular, quantos tem hábitos saudáveis, quantos fazem atividade física e etc.

Informações incompletas tornam as atividades muito mais difíceis na unidade de saúde, pois dificultam a equipe no desenvolvimento de ações como o projeto terapêutico singular. Portanto, na saúde da família o prontuário da família é insubstituível como instrumento da melhor oferta de serviços à comunidade.

Como refere MASSAD *et al.*, (2003), o modo integral de avaliação dos membros de núcleo familiar ou, mais propriamente dos moradores de um domicílio, comporta não só o aspecto de presença ou ausência de doenças, mas questões preventivas, dificuldades socioeconômicas, conflitos de vida, de convivência e de crenças, para, assim, traçar um elo de confiança entre as partes envolvidas.

Dessa forma, a elaboração de modelo de prontuário com as características de integralidade estrutural e visando o aprimoramento da relação usuário-equipe deve também atender a demanda de cada pessoa em seu contexto familiar, facilitando a abordagem da equipe (MASSAD *et al.*, 2003). Para isso, o máximo de informações sobre o problema trazido ou detectado pela equipe deve ser considerado dentro de uma abordagem familiar, avaliando a presença do mesmo problema ou suas repercussões nos outros membros da família.

Nesse instrumento de registro e avaliação, o prontuário da família, é também fundamental para entender a comunidade não como espaço delimitado, mas sim onde moram pessoas, com características, hábitos e particularidades que precisam ser respeitadas e devidamente registradas.

6 OBJETIVOS DO ESTUDO

6.1 Objetivo geral

Analisar a atenção prestada aos portadores de HAS pelas Equipes de Saúde da família de Pirai a partir da avaliação de prontuários ambulatoriais e hospitalares de pacientes internados com AVE e Crise Hipertensiva

6.2 Objetivos específicos

- Avaliar os prontuários hospitalares dos pacientes internados no ano de 2010 por AVE e Crise Hipertensiva, no Hospital Flávio Leal.
- Avaliar os prontuários ambulatoriais (PSF) dos pacientes internados no Hospital Flávio Leal no ano de 2010 por AVE e Crise Hipertensiva.

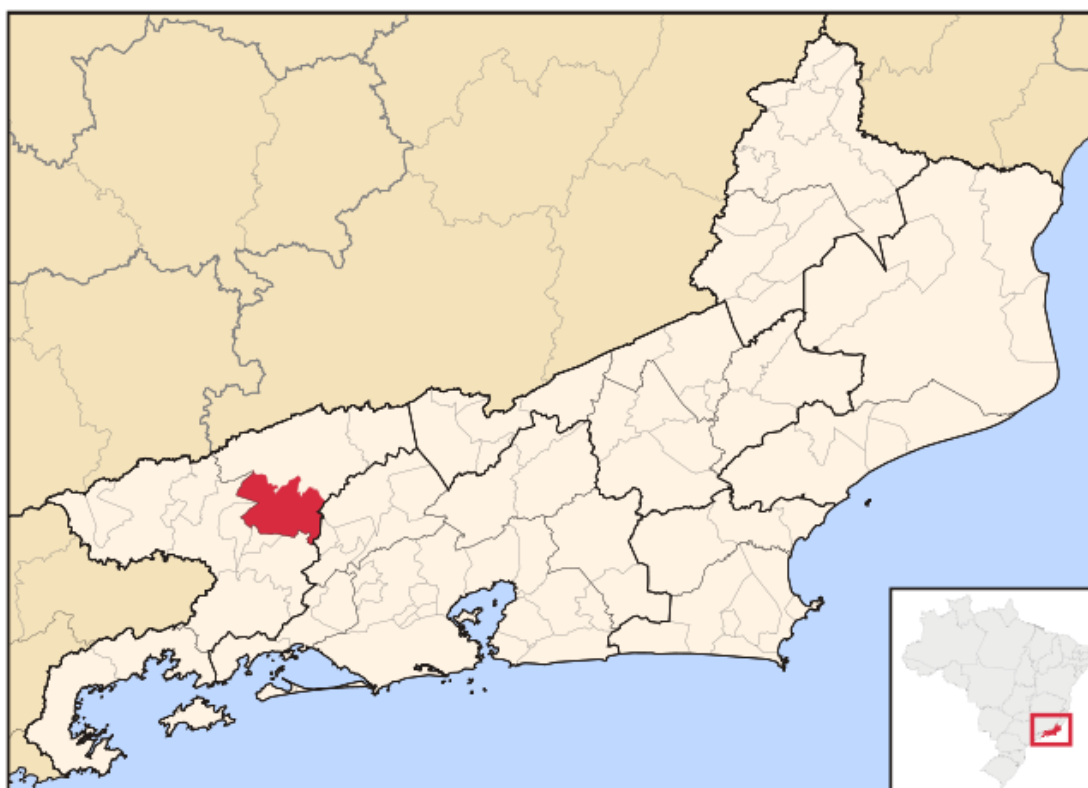
7 CENÁRIO DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DE PIRAI

O cenário escolhido para o estudo foi o Município de Pirai situado na Região Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro.

Pirai é um município brasileiro do estado do Rio de Janeiro. Localiza-se na microrregião do Vale do Paraíba Fluminense. Faz limite com os municípios de Barra do Pirai, Pinheiral, Rio Claro, Itaguaí, Mendes, Paracambi, Barra Mansa e Volta Redonda. Sua área geográfica representa 504,6 Km², (8,1% da Região Médio Paraíba).

A população estimada para o ano de 2010 foi a mesma apresentada para o ano de 2009, de 26.114 habitantes, apesar do predomínio da população jovem (30%), a população idosa vem crescendo a cada ano chegando a 11,61% do total da população, tendência semelhante a nossa região.

Figura 1 - Mapa do Estado do Rio de Janeiro - Município de Pirai



Fonte: Google Mapas

No ano de 2009 o percentual de analfabetismo na população acima de 15 anos foi de 4,56% de acordo com os dados do SIAB.

A rede de saneamento básico, Piraí tem 80,85% dos domicílios com acesso à rede de distribuição e abastecimento de água. A rede coletora de esgoto sanitário chega a 75,12% e 91,84% dos domicílios com coleta regular de lixo, segundo informações do SIAB.

O Índice de Desenvolvimento Humano de Piraí em 2000 foi de 0,776, pouco acima da média do estado que é de 0,75.

Sabemos também que 100% de nossa população de alguma forma depende do SUS e que cerca de 87,01% dependem apenas do SUS.

A Secretaria Municipal de Saúde de Piraí é habilitada no regime de Gestão Plena do Sistema Municipal NOB 01/02 desde 13 de outubro de 2003, e em 2008 assinou o pacto pela saúde em Bloco, junto a Região Médio Paraíba.

A partir desse modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal, o município passou a receber do Fundo Nacional de Saúde os recursos financeiros correspondentes ao Teto Financeiro de Assistência para a execução de todas as ações e serviços integral à saúde. Também foram depositados incentivos relativos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, PACS e combate às carências nutricionais.

O município também conta com as verbas da Programação Pactuada Integrada (PPI), da Epidemiologia e Controle de Doenças, incentivos para Campanha de Vacinação e Atendimento Odontológico.

O município faz parte do Colegiado de Gestão do Médio Paraíba, aonde vem desenvolvendo a capacidade de operacionalizar o Sistema Regional de Saúde com objetivo de consolidar os princípios e diretrizes do SUS.

O Recurso Financeiro do Município, bem como os incentivos, tem variado de ano a ano com objetivo em atender as necessidades da população e garantir o atendimento integral.

O desafio de implementar modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas - individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção tem sido uma prioridade de gestão no município de Piraí e com isso alcançar o controle adequado da HAS, e diminuir as taxas de morte por doença cardiovascular no município.

O município vem buscando desenvolvimento de ações que contribuam com a melhoria da qualidade de vida da população, através do desenvolvimento de estratégias que facilitam o processo de trabalho e tenham impacto na organização dos serviços de saúde e nos indicadores de saúde.

A rede de serviço do SUS do município de Piraí se dá em 13 equipes de saúde da família, 13 Equipes de Saúde Bucal, 01 unidade básica de saúde, 02 Centros Ambulatoriais de Especialidades, 02 Odontomóveis, 01 Laboratório de Prótese Dentária, 01 Unidade de Emergência com leito de observação, 01 Centro de Especialidade Odontológica, 01 Laboratório de Patologia Clínicas, 01 serviço de Fisioterapia e 01 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam no Programa de Saúde da Família do Município tem a formação de Técnico de Enfermagem.

Na rede privada local temos 01 Unidade de Emergência Hospitalar, 01 Centro Ambulatorial de Especialidade e 01 Laboratório de Patologia Clínica e serviços de diagnose.

Com isso vem operacionalizando sua gestão através de algumas instâncias participativas, como Conselho Municipal de Saúde, Fórum de Gerentes de unidade, Reunião de Pólo de PSF, Plenária de Planejamento, Conselhos Gestores de Unidade, Fórum Permanentes de Ações Intersetoriais Colegiado de Gestão da Saúde, Conferências Locais de Saúde, Conferência Municipal de Saúde e Mostra de Experiências Exitosas.

Essas instâncias estão estabelecidas com objetivo de informação, problematização, discussão de temas técnicos e definição de operações.

Foram estabelecidas parcerias entre o município de Piraí e Instituições de Ensino Superior, que permitiram contar com profissionais do meio acadêmico através da assinatura do Pet-Saúde (Programa de Educação para o Trabalho) para que seja ampliados a qualificação dos profissionais de Piraí e desenvolvimento de projetos de pesquisa.

O município dispõe de um Hospital que pertence a uma Instituição Filantrópica a Casa de Caridade de Piraí.

A Casa de Caridade de Piraí foi fundada em 22 de janeiro de 1928, como instituição filantrópica sem fins lucrativos, recebendo, a posteriori, o nome fantasia de Hospital Flávio Leal. Na época as atividades hospitalares e ambulatoriais eram

mantidas através de doações dos sócios fundadores, proprietários de fazendas do município de Piraí e a população.

Hoje o Hospital é mantido, principalmente pelo poder público municipal que injetou em 2010, R\$ 6.788.599,09 (Seis milhões setecentos e oitenta e oito mil, quinhentos e noventa e nove reais e nove centavos). O aporte de recursos da Secretaria Municipal de Saúde de Piraí para o HFL só foi possível, a partir de janeiro de 1997 quando foi formalizada uma parceria entre a Prefeitura e a Casa de Caridade de Piraí (mantenedora do HFL). Nesta época foi criado um conselho de administração composto por representantes da prefeitura e do próprio hospital.

A estrutura administrativa e gerencial é verticalizada, no núcleo de gestão concentram-se a Direção Geral, a Diretoria Médica, Direção Administrativa e Direção de Enfermagem. As comissões de Óbito Materno e Infantil, do CCIH e do Comitê Transfusional, encontram-se implantadas. As comissões de Revisão de Prontuário, Ética, e de Óbito foram implantadas no ano de 2010.

A capacidade instalada de leitos hospitalares do HFL atual é de 57 leitos e a relação destes com a população a ser assistidas 26000/ 57.

Tabela 02 - Capacidade instalada do Hospital Flávio Leal

Leitos Existentes	Parâmetro Pt GM/MS 1101/02	População IBGE 2009	Leitos Necessários
57	2,5 leitos/1000 hab	26.114	65

Fonte: CNES/MS

A programação da necessidade de leitos para a população de Piraí, segundo a portaria nº 1101 é de 65 leitos conforme quadro acima. No entanto, o Hospital Flávio Leal, é o único hospital do município e supre em 90% das necessidades de internação em Piraí. O município não é referência para Alta Complexidade, quando há necessidade de serviços de alta complexidade o hospital insere o paciente na Central de Vagas Estadual.

Hoje, o município interna no HFL mais de 15% de pacientes de outros municípios como referência informal para os municípios de Pinheiral, Seropédica, Rio Claro, Barra do Piraí, entre outros. Contudo é referência regional para as cirurgias de varizes e catarata.

Tabela 03 - Distribuição dos leitos/clínica/leitos disponíveis para o SUS

Clínicas	Leitos	Distribuição %	Leitos SUS	Cap. Instalada p/o SUS
Clínica Médica	16	29,6	16	100%
Pediátrica	11	20,4	11	100%
Cirúrgica	16	29,6	12	75%
Obstétrica	11	20,4	09	81,8%
Sub - Total	54	100%	48	89%
Leitos Complementares				
UI Neonatal	03	5,2	03	100%
TOTAL	57	100%	51	89,5%

Fonte: CNES/DATASUS/MS

Na expectativa de analisar os resultados obtidos com a ampliação dos investimentos na área da atenção básica à saúde no município de Pirai, iremos analisar as internações no Hospital Flávio Leal por AVE e Crise Hipertensiva no ano de 2010.

Tabela 04 - Distribuição do número de internações por Doença do Aparelho Circulatório dos residentes de Pirai segundo capítulo CID-10 nos anos de 2008 a 2010.

ANO	NÚMERO
2008	275
2009	273
2010	367
TOTAL	915

Fonte: DATASUS-MS

No Hospital Flávio Leal (HFL) a Doença do Aparelho Circulatório tem sido a segunda causa de internação há vários anos.

Tabela 05 - Distribuição do número de óbitos por Doença do Aparelho Circulatório no município de Piraí nos anos de 2008 a 2010

ANO	NÚMERO
2008	16
2009	13
2010	16
TOTAL	45

Fonte: DATASUS-MS

Os dados de internação por Acidente Vascular Cerebral no ano de 2008 foram de 28 pacientes e 2009 foram de 41 pacientes internados na faixa etária de 36 a 90 anos. Em relação a internações por Crise Hipertensiva, no ano de 2008 foram de 51 pacientes e 2009 foram de 34 pacientes internados na faixa etária de 25 a 90 anos.

As referências entre o hospital e as Unidades de Saúde do município estão formalmente estabelecidas. As consultas programadas são disponibilizadas segundo os protocolos dos programas correspondentes e tem como foco as propostas emanadas pela secretaria, tais como:

- Definição do diagnóstico precoce com vistas à resolução do problema de saúde do usuário.
- Estímulos às práticas interdisciplinares.
- Estímulos às práticas de prevenção de riscos e danos a saúde;
- Vigilância em saúde de forma compartilhada.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância a integração entre as equipes do hospital e as da Secretaria Municipal de Saúde com vistas a estabelecer um projeto que de fato operacionalize o processo de trabalho do Município.

A atenção e o controle da adesão aos portadores de HAS são realizados pelas equipes de saúde da família nos 13 PSF existentes no município.

No município de Piraí temos 7.207 famílias cadastradas no Programa Saúde da Família das quais 4700 pacientes cadastrados como hipertensos no ano de 2010 (SIAB, MS 2010).

O Município adota como instrumento de trabalho o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, o Caderno de Atenção Básica Caderno de Atenção Básica no 15 - HAS. Este manual foi criado com o objetivo de capacitar os profissionais da rede básica. Ele compõe a Série de Cadernos de Atenção Básica, foi lançado em 2006 pelo MS como parte da Política Nacional de Atenção Integral à HAS e DM, com intuito de “atualizar conhecimentos e estratégias e visa melhorar a capacidade da atenção básica para a abordagem integral desse agravo”. (BRASIL, 2006).

Em seguida apresentamos o desenho do estudo realizado e os resultados encontrados.

8 METODOLOGIA

A definição de metodologia, segundo MINAYO (2008), compreende a discussão sobre o “caminho do pensamento” que o objeto da pesquisa exige. A autora aponta que teoria e metodologia devem andar juntas, vinculadas, para assegurar a coerência metódica e sistemática que requer em uma investigação científica, para assim responder à pergunta da investigação.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ no dia 21 de Junho de 2011, com o protocolo CAAE 0015025900011.

Este foi um estudo descritivo de frequências simples, realizado através de coleta de informações dos registros de internações hospitalares do hospital Flavio Leal e nos prontuários ambulatoriais das Unidades de Saúde da Família, de pacientes que foram internados com diagnóstico de AVE e Hipertensão Arterial descompensada, ocorridas entre moradores de Piraí no período de um ano.

O estudo constitui-se em três etapas: (1) levantamento de dados nos prontuários do Hospital Flávio Leal; (2) levantamento de dados no prontuário de família na Unidade de Saúde; (3) levantamento de dados no formulário de acompanhamento do paciente Hipertenso (Ficha B) pelo profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A primeira etapa buscou conhecer os prontuários hospitalares dos pacientes que tiveram internações com diagnóstico de AVE e Crise Hipertensiva no ano de 2010. Utilizou-se para tal, a busca na base de dados do Sistema de Informação Wareline, utilizado pelo HFL, para identificar os pacientes que foram internados com esses diagnósticos no ano de 2010.

Na primeira etapa foi identificado o número, nomes dos pacientes internados e data da internação. Encontrou-se 61 prontuários, sendo que 18 pacientes tiveram diagnóstico de Internação de Crise Hipertensiva e 43 pacientes com diagnóstico de AVE.

Após identificação de nome e data de internação foram solicitados os prontuários ao setor de Arquivo do hospital. Os prontuários são arquivados por mês

de Internação, o Hospital ainda não trabalha com a lógica de prontuário único e/ou eletrônico.

Dos 61 prontuários selecionados foram analisados os seguintes dados:

- Nome
- Sexo
- Data da Internação
- Idade
- Se o paciente foi referenciado para o hospital pelo PSF
- Qual o PSF que o paciente é cadastrado
- Tempo de Internação
- Se a pressão arterial estava elevada na internação
- Se o paciente era portador de morbididades
- Queixa principal
- Diagnóstico de Internação
- Os pacientes que tinha diagnóstico de Internação de AVE se submeteram ao

exame de TC de Crânio.

- Diagnóstico de Alta.

Após avaliação destes dados chegou-se a conclusão que dos 18 pacientes com diagnóstico inicial de crise hipertensiva, somente 08 pacientes (44%), confirmavam o diagnóstico de alta e 10 pacientes (56 %), saíram da internação com diagnóstico diferente do inicial:

- 01 paciente com diagnóstico de Edema Agudo de Pulmão
- 01 paciente com diagnóstico de Labirintopatia
- 01 paciente com diagnóstico de Gastroenterite e Diabetes Mellitus
- 01 paciente com Constipação Intestinal
- 01 paciente com Pneumonia
- 02 pacientes com DPOC
- 02 pacientes com Osteocondrite
- 01 paciente jovem com Hipertensão secundária.

Conclui-se que a maioria dos pacientes apresentava aumento da pressão arterial secundária a outras morbididades existentes na internação.

Dos 43 pacientes com diagnóstico inicial de AVE, somente 28 pacientes (65%) confirmavam o diagnóstico na alta e 15 pacientes (35%), saíram da internação com diagnóstico diferente como:

- 05 pacientes com Ataque Isquêmico Transitório
- 02 pacientes com Cefaléia
- 01 paciente com Pneumonia
- 01 paciente com Ectasia Arterial Basilar
- 01 paciente com Constipação Intestinal
- 01 paciente em Estado de Coma
- 02 pacientes com Abstinência Alcólica (Etilismo)
- 01 paciente com Distúrbio Psiquiátrico
- 01 paciente com Convulsão e Não residia no Município de Piraí

Conclui-se que estes pacientes tiveram o diagnóstico modificado durante a internação na Clínica Médica com auxílio de exames complementares tipo Tomografia de Crânio.

Após esta avaliação foram usados critérios para selecionar os pacientes em que as avaliações seriam realizadas nos prontuários no PSF. Definiu-se que os casos para o estudo no PSF seriam aqueles que tivessem o diagnóstico final confirmado de crise hipertensiva e AVE e fossem residentes no município de Piraí. O total destes casos selecionado foi de 35 prontuários (59% do total das internações com diagnóstico inicial de AVE e Crise Hipertensiva internados no ano de 2010).

Através do local de moradia foram identificados os PSF às quais os pacientes deveriam estar adscritos.

Na segunda etapa foi realizado o estudo dos prontuários ambulatoriais nas Unidades de Saúde da Família dos casos selecionados, isto é, dos pacientes residentes em Piraí que tinham sido internados no ano de 2010 no HFL.

Nas unidades de Saúde da Família os prontuários são arquivados em envelopes e caixa box, na recepção, por família cadastrada. Eles são classificados de acordo com a Área, Micro-área e Número da Família.

O instrumento de coleta de dados dos prontuários das USF era composto dos seguintes itens:

- Nome
- Sexo

- Idade
- Cor
- Ocupação
- Data do primeiro atendimento no Programa de Saúde da Família
- Número de Consultas no ano da intercorrência com Enfermeiro, Médico Generalista, Médico Especialista e Outros Profissionais.
- Número de Visitas Domiciliares no ano da intercorrência com Enfermeiro, Médico Generalista e Outros Profissionais.
- Valor da Pressão Arterial
- Exames realizados
- Pacientes com Co morbidades
- Anotações sobre hábitos saudáveis de vida
- Anotações sobre aspectos psicológicos
- Anotações se o paciente toma a medicação prescrita
- Anotações sobre adesão ao tratamento farmacológico

Na terceira etapa foi realizada a busca de dados na Ficha de Acompanhamento do Paciente Hipertenso (Ficha B do Sistema de Informações Atenção Básica). Nelas são registradas as informações coletadas pelos ACS em suas atividades de cadastro e visitas domiciliares. Constam informações quanto às características das famílias, moradias, morbidades e hábitos de vida. Os dados analisados foram:

- Número de Visitas Domiciliares
- Se o paciente realiza Atividade Física
- Se o paciente segue a dieta adequada
- Se o paciente freqüenta ações de Educação em Saúde
- Se o paciente toma a medicação prescrita
- Se o paciente utiliza a medicação de acordo com a prescrição médica.

O município não adota o formulário do Hiperdia (MS), para cadastro e avaliação do paciente Hipertenso.

Todos os dados foram colocados em uma planilha para possibilita a análise dos resultados a partir da identificação de frequências simples.

9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

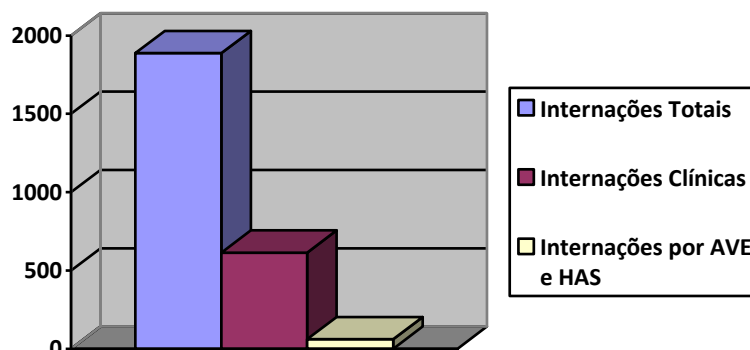
9.1 Avaliações dos dados hospitalares na internação

Os registros hospitalares são realizados em um prontuário clínico que contém: folha de rosto com a identificação do paciente, antecedentes familiares, antecedentes pessoais e história da doença atual. As avaliações evolutivas são registradas em um formulário com linhas. Os registros médicos não obedecem a campos previamente definidos, são abertos e, em geral, preenchidos de forma objetiva, contendo diagnóstico do paciente, exame físico, sintomas e medicação prescrita. Existe um formulário de cuidados e medicações onde é registrada a prescrição médica.

Os registros de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem são realizados em formulário específico (ao lado da folha de prescrição médica). Neles é registrado a evolução diurna e noturna contendo sinais vitais e medicações realizadas conforme prescrição médica. O Enfermeiro registra no formulário de evolução clínica informações que considere importantes e supervisionam a evolução de enfermagem de técnicos e auxiliares atestando com assinatura e carimbo. Não existem registros de outros membros de equipe multidisciplinar.

Não há registros de plano de cuidados multidisciplinares, voltados para atenção e reabilitação, nos prontuários avaliados. Esta ausência é percebida mesmo em casos que envolviam sequelas, como nos casos de AVE.

Gráfico 01 - Número de internações totais no HFL x número de internações na clínica médica x número de internações por AVE e HAS no ano de 2010



Fonte: Sistema de Informação Wareline- HFL

O número total de internações no Hospital Flávio Leal, no ano de 2010, foi de 1888 pessoas. No serviço de clínica médica do HFL ocorreram 614 internações neste mesmo período. Destas, 61 internações, tiveram o diagnóstico inicial de AVE e Crise Hipertensiva o que corresponde 10% das internações.

Em seguida analisamos os dados extraídos dos prontuários de internação por AVE ou Crise Hipertensiva no HFL de residentes em Piraí.

9.1.1 Distribuição da procedência dos pacientes internados

No município existem 11 Unidades de Saúde da Família com 13 Equipes. Os casos de internação analisados eram oriundos de apenas 08 unidades. Na tabela 06 é apresentada a distribuição dos pacientes por USF e por referência direta ao atendimento hospitalar.

Tabela 06 - Distribuição de pacientes por Unidades de Saúde Família que foram referenciados a Unidade hospitalar.

UNIDADES DE SAÚDE	NÚMERO DE PACIENTES REFERENCIADOS	NÚMERO DE PACIENTES NÃO REFERENCIADOS
Unidade 01	02	07
Unidade 02	01	07
Unidade 03	01	02
Unidade 04	00	03
Unidade 05	05	00
Unidade 06	01	02
Unidade 07	00	03
Unidade 08	00	01
Total	10	25

Fonte: Prontuário do HFL

Observa-se que 71% dos pacientes internados não foram referenciados pelas USF. Estes usuários procuraram a unidade hospitalar espontaneamente com uma demanda emergencial.

A maioria dos pacientes (56%) que procuraram diretamente a emergência hospitalar eram moradores adscritos às unidades de número 01 e número 02 que se localizam na região central da cidade de Piraí e próximas ao HFL e da Policlínica de Especialidade. Logo, o fácil acesso à emergência pode ter contribuído para este fluxo.

As outras unidades se encontram até 20 Km de distância do centro, pois o município tem um extenso território (área de 504,8 km²) que corresponde a 8,1% da área da Região Médio Paraíba. É subdividido nos distritos de Piraí (1º distrito), Vila Monumento (2º distrito), Arrozal (3º distrito) e Santanésia (4º distrito).

Estes dados de referência podem estar relacionados também à organização do fluxo para atendimento emergencial nas USF, isto é, o atendimento a intercorrências dos residentes na área adscrita.

Segundo orientações do Caderno de Atenção Básica nº 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica - MS, o município deve adotar a referência através de um formulário próprio que tem a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de HAS.

9.1.2 Distribuição por sexo e faixa etária

O envelhecimento populacional é uma das características da sociedade atual. O grande número de pessoas que atingem a idade avançada e a intensidade dos agravos crônicos como as doenças cardiovasculares tornam-se um grande desafio para a atenção das equipes de saúde.

“A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença altamente prevalente em indivíduos idosos, tornando-se fator determinante na elevada morbidade e mortalidade dessa população”. (LIBERMAN, 2007, p.18).

De acordo com avaliação do IBGE a população idosa em Pirai vem crescendo a cada ano e ela, seguindo o padrão nacional, apresenta uma alta prevalência de Hipertensão Arterial. Na tabela abaixo apresenta-se a distribuição por idade e por causa de internação.

Tabela 07- Distribuição por faixa etária e causa de internação

IDADE	AVE	%	CRISE HIPERTENSIVA	%	Total por idade	%
20 a 39 anos	01	3.7	01	12.5	2	5,7
40 a 49 anos	01	3.7	02	25	3	8,6
50 a 59 anos	03	11.1	00	00	3	8,6
60 ou mais	22	81.5	05	62.5	27	77,1%
Total	27	100%	08	100%	35	100%

Fonte: Prontuário HFL

A tabela acima demonstra que 77.1% dos pacientes que internaram no Hospital Flavio Leal são maiores de 60 anos e que 29.9% estão na faixa etária de 20 a 59 anos.

O paciente jovem com quadro de AVE apresentava comorbidade (infecção pelo HIV) que implica em um risco 10 vezes maior que a população em geral de complicações cardiovasculares.

Nas Diretrizes Brasileiras de HAS da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), é citado que o sexo não é um fator de risco para Hipertensão. Porém, a mortalidade por complicações cardiovasculares em faixas etárias mais jovens é maior no sexo masculino. Nos dados das internações em Piraí o número de mulheres internadas com complicações cardiovasculares foi semelhante ao de homens (sexo masculino 48,6% e sexo feminino 51,4%).

9.1.3 Distribuição por tempo de permanência hospitalar

Todos os casos internados com diagnóstico de crise hipertensiva tiveram um tempo de internação menor que 3 dias. Já os casos de AVE implicaram em uma permanência hospitalar maior. A necessidade de confirmação diagnóstica, realização de exames de imagem e de reabilitação das sequelas desenvolvidas podem explicar o maior tempo de permanência nos casos de AVE.

Tabela 08 - Distribuição de Pacientes por diagnóstico e dias de internação (tempo de permanência) no HFL

PATOLOGIA	01 A 03 DIAS	04 A 06 DIAS	7 A 10 DIAS
AVE	04	17	07
Crise Hipertensiva	08	00	00
Total	12	17	07

Fonte: Prontuário HFL

O tempo de permanência encontrado nas internações estudadas, quando comparado com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) para pagamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), isto é, 03 dias de internação para Hipertensão Arterial e 07 dias de internação para AVE (MS), observa-se que a maioria dos pacientes teve alta hospitalar dentro dos parâmetros estabelecidos para pagamentos das AIHs.

9.2 Avaliações dos dados nas unidades de saúde da família

A revisão dos prontuários nas USF, dos pacientes internados no HFL no ano de 2010 e selecionados para o estudo, buscou analisar aspectos referentes à atenção prestada como consultas, visitas domiciliares (VD), orientações, prescrição, adesão e participação em grupos terapêuticos. Também procurou identificar aspectos do processo saúde-adoecimento, principalmente registros de fatores de risco, questões psicossociais e rede de apoio familiar.

Os registros na Unidade de Saúde da Família são realizados em um prontuário clínico que contém: folha de rosto com a identificação do paciente, antecedentes familiares e pessoais e história da doença atual. As consultas subsequentes são registradas em um formulário contínuo.

Nos 35 prontuários clínicos avaliados na USF, em apenas 04 prontuários, foram encontrados registros de profissionais de nível superior sobre estilo de vida. Neles foi identificadas anotações sobre tabagismo, etilismo, prática de atividade física e orientações alimentares.

Por sua vez, somente em 05 prontuários, observou-se anotações relativas aos aspectos psicossociais como estrutura familiar, relações familiares, alterações de humor e rede de apoio social.

Os registros médicos eram centrados na doença e no tratamento farmacológico. É importante ressaltar que nos formulários de folha de rosto ou de evolução clínica não existem campos específicos para os registros destas questões, seja em relação aos hábitos de vida ou aspectos familiares e psicossociais.

Os registros nos prontuários são escritos pelos profissionais Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Psicólogos.

Os ACS só registram no prontuário os valores aferidos de PA quando os pacientes procuram a Unidade de Saúde para realizar a verificações de pressão arterial. As visitas domiciliares dos ACS não são registradas no prontuário da Família.

Não foram encontrados registros de consulta de enfermagem de rotina (consultas programáticas) nos prontuários dos pacientes hipertensos estudados. Apenas identificaram-se anotações de atendimentos emergenciais aos pacientes

hipertensos. Estas situações se caracterizavam pelo acolhimento dos usuários com alguma intercorrência referente à Hipertensão ou outro problema de saúde.

As informações das VD de médicos, enfermeiros e outros profissionais são registradas nos prontuários com anotações sobre o estado clínico e as condutas tomadas nos domicílios.

Nos registros individuais e familiares existentes na USF o único local onde há um campo específico para a anotação de hábitos de vida e comportamento (atividade física, alimentação, adesão e grupos de educação em saúde) é na Ficha B do SIAB. Nela estariam registrados as ações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde junto aos pacientes hipertensos, registrados na Ficha de Acompanhamento do Paciente Hipertenso (Ficha B). Contudo, em apenas 3 unidades foram localizados arquivos onde constassem a ficha B. Nestes locais onde foram encontrados os registros estavam arquivados em separado do prontuário clínico e não havia o cruzamento ou a transferência das informações entre a ficha B e o prontuário familiar.

Portanto, pareceu não existir um padrão no processo de arquivamento destes formulários, deixando que cada unidade decida o que fazer com essas fichas. Algumas unidades relataram preferir desprezar e iniciar a cada ano um cadastro novo. Com isso o dado ficou prejudicado e não foi possível consolidar essas informações na maioria das unidades básicas.

9.2.1 Perfil da atenção prestada na atenção primária

A equipe de saúde é de fundamental importância no tratamento da Hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, o controle da Hipertensão Arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento.

A disponibilidade de consultas médicas e de enfermagem, portanto, é fundamental para o controle de uma doença crônica como a Hipertensão Arterial. A falta de adesão às consultas pode influir em uma baixa efetividade do processo terapêutico.

Tabela 09 - Distribuição de consultas médicas por Unidade de Saúde da Família no ano de Internação por AVE e Hipertensão Arterial

UNIDADE DE SAUDE	Nenhuma CONSULTA	1 A 2 CONSULTAS	3 A 5 CONSULTAS	6 A 11 CONSULTAS	TOTAL
Unidade 01	04	01	02	02	09
Unidade 02	03	04	01	00	08
Unidade 03	00	01	01	01	03
Unidade 04	00	00	01	02	03
Unidade 05	01	01	02	01	05
Unidade 06	01	01	01	00	03
Unidade 07	01	01	00	01	03
Unidade 08	00	00	01	00	01
Total	10	09	09	07	35

Fonte: prontuário do PSF

A tabela acima indica que 19 pacientes das oito unidades de saúde não fizeram consultas ou realizaram apenas 1 a 2 consultas no ano de 2010, o que corresponde a 54% dos prontuários analisados. Alguns trabalhos usam o critério de duas consultas por habitante /ano para a população em geral. Contudo, considerando a idade e a morbidade destes pacientes investigados, os dados encontrados mostram limitação no acesso a consultas, falta de adesão a elas ou registro insuficiente nos prontuários.

Tabela 10 - Proporção de consultas médicas em relação ao número de pacientes internados por unidade de saúde

UNIDADE DE SAÚDE	NÚMERO PACIENTES INTERNADOS	NÚMERO CONSULTAS MÉDICAS	%
Unidade 01	09	05	55.5
Unidade 02	08	05	62.5
Unidade 03	03	03	100
Unidade 04	03	03	100
Unidade 05	05	04	80
Unidade 06	03	02	66.6
Unidade 07	03	02	66,6
Unidade 08	01	01	100
Total	35	23	66.3

Fonte: Prontuário PSF

A tabela indica que dos 35 pacientes avaliados, 23 pacientes tiveram consultas com o profissional médico no ano de internação, 66,3% dos pacientes.

A constituição de uma verdadeira equipe multiprofissional, integrada e coesa tem condições de exercer uma atividade bastante eficaz em prol dos pacientes. Nas doenças cardiovasculares em geral e na Hipertensão em particular, a abordagem multidisciplinar é o melhor meio de alcançar o sucesso no controle deste agravo. (RIBEIRO, 2004).

Portanto, cabe observar a frequência de consultas de profissionais não médicos registradas nos prontuários.

Tabela 11 - Distribuição de consultas de enfermagem no ano de internação

UNIDADE DE SAÚDE	PACIENTES INTERNADOS	PACIENTES QUE REALIZARAM CONSULTAS DE ENFERMAGEM	PROPORÇÃO DE CONSULTAS/PACIENTES POR UNIDADE
UNIDADE 01	09	00	00
UNIDADE 02	08	02	25
UNIDADE 03	03	01	33.3
UNIDADE 04	03	00	00
UNIDADE 05	05	00	00
UNIDADE 06	03	00	00
UNIDADE 07	03	00	00
UNIDADE 08	01	00	00
TOTAL	35	03	8.6

Fonte: Prontuário PSF

A tabela apresenta reduzido número de registros de consultas de enfermagem nos prontuários clínicos, fossem elas programáticas ou pontuais (acolhimento). Este dado pode estar subdimensionado em função de realização de atendimentos não registrados como no acolhimento ou em visitas domiciliares.

Albuquerque & Bosi (2009), relatam que o PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental. Ela é utilizada pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos da dinâmica das relações familiares.

A prática de Visita Domiciliar faz parte do plano de cuidados dos pacientes acometidos por AVE. Estes muitas vezes apresentam sequelas neurológicas e tem dificuldade de locomoção até a unidade de saúde. Na tabela abaixo são apresentados os dados colhidos nos prontuários sobre as VDs.

Tabela 12 - Distribuição de visitas domiciliares médica no ano da internação por AVE e Hipertensão Arterial no HFL

UNIDADE DE SAÚDE	0 VISITAS	1 A 2 VISITAS	3 A 5 VISITAS	6 A 11 VISITAS	TOTAL
Unidade 01	05	02	02	00	09
Unidade 02	01	04	02	01	08
Unidade 03	00	01	01	01	03
Unidade 04	00	01	02	00	03
Unidade 05	01	02	02	00	05
Unidade 06	01	01	00	01	03
Unidade 07	01	00	01	01	03
Unidade 08	01	00	00	00	01
Total	10	11	10	04	35

Fonte: Prontuário do PSF

As visitas domiciliares realizadas por médicos ou enfermeiros não necessariamente eram realizadas apenas aos pacientes que não compareciam as unidades de saúde. Contudo, como alguns dos pacientes apresentavam sequelas neurológicas decorrentes de AVE é possível que eles só tivessem registros de VD e não de consulta na USF.

A dificuldade de cruzamento dos dados impede afirmar se os indivíduos que não têm registros de consultas são acompanhados apenas nos domicílios ou vice versa.

Tabela 13 - Distribuição de visitas domiciliares de enfermagem no ano de internação por AVE e Hipertensão Arterial no HFL

UNIDADE DE SAÚDE	0 VISITAS	1 A 2 VISITAS	3 A 5 VISITAS	6 A 11 VISITAS	TOTAL
Unidade 01	06	03	00	00	09
Unidade 02	05	02	01	00	08
Unidade 03	02	01	00	00	03
Unidade 04	02	01	00	00	03
Unidade 05	05	00	00	00	05
Unidade 06	03	00	00	00	03
Unidade 07	01	01	01	00	03
Unidade 08	00	01	00	00	01
Total	24	09	02	00	35

Fonte: Prontuário PSF

Tabela 14 - Distribuição de visitas domiciliares de outros profissionais (nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) no ano de internação por AVE e Hipertensão Arterial no HFL

UNIDADE DE SAÚDE	0 VISITAS	1 A 2 VISITAS	3 A 5 VISITAS	6 A 11 VISITAS	11 ou MAIS	TOTAL
Unidade 01	06	03	00	00	00	09
Unidade 02	03	03	00	00	03	09
Unidade 03	02	00	00	00	01	03
Unidade 04	02	01	00	00	00	03
Unidade 05	05	00	00	00	00	05
Unidade 06	02	01	00	00	00	03
Unidade 07	01	02	00	00	00	03
Unidade 08	00	00	00	00	00	00
Total	21	10	00	00	04	35

Fonte: Prontuário PSF

A distribuição das visitas domiciliares por profissionais do NASF não era homogênea. Os critérios indicativos das VDs não foram identificados nos prontuários, mas os relatos das evoluções das VDs identificavam a atenção a pacientes com sequelas motoras ou fonoaudiológicas. Contudo, não havia uma

sistematização das informações, indicações das visitas e a compreensão das justificativas ficavam por conta da evolução dos profissionais.

Percebe-se uma maior concentração de visitas realizadas por fisioterapeutas e fonoaudiólogos e nutricionistas em pacientes residentes nas áreas centrais do município. Fato compreensível por não haver esses profissionais em todas as equipes de PSF.

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve contribuir nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem. (ALBUQUERQUE & BOSI, 2009).

Dentro do PSF a visita domiciliar é uma atividade comum a todos os membros da equipe de saúde da família. Segundo Brasil, 1997, a Visita Domiciliar é uma atribuição específica e obrigatória somente para os Agentes Comunitários de Saúde que devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde. O ACS deve manter a equipe informada sobre os resultados das visitas e principalmente daquelas que a situação for identificada como situação de risco. O ACS deve acompanhar, em visita domiciliar todas as famílias que são de responsabilidades na sua área adscrita.

A forma como os registros das VDs eram realizados não abarcava as questões psicossociais, estrutura e dinâmica familiares, assim como o projeto terapêutico multidisciplinar a ser desenvolvido no domicílio.

9.2.2 Perfil do paciente

As comorbidades são muito importantes na avaliação dos pacientes hipertensos. Eles necessitam de condutas e tratamentos diferenciados que exigem uma preparação adequada do profissional e um atendimento integral.

Dos 35 pacientes estudados, 20 apresentavam comorbidades associadas à Hipertensão Arterial.

Em sua maioria os relatos das comorbidades (Diabetes, Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal) constavam dos cabeçalhos das evoluções médicas. Não havia anotações de referência a especialistas, assim como não foram encontrados dados de contra-referência.

Tabela 15 - Distribuição de co-morbidades por paciente estudado

MORBIDADES	NÚMERO DE PACIENTES
IRC	02
DM	12
ICC	03
Alcoolismo	01
Tabagismo	02
Total	20

Fonte: Prontuário do Programa de saúde da família

Questiona-se se os dados de tabagismo e alcoolismo são representativos, pois não há campos específicos para esta informação na evolução clínica e na ficha B. Os dados consolidados constavam apenas de registros feitos, eventualmente, por médicos na evolução clínica.

Além das informações sobre o alcoolismo e tabagismo, os registros sobre atividade física, alimentação, educação em saúde e adesão ao tratamento farmacológico são dados importantes na avaliação e na atenção aos pacientes com HAS e outros agravos cardiovasculares. Porém, estas informações ficaram prejudicadas porque não foi possível coletá-las em todos os pacientes. Os dados constariam da Ficha B que não foram encontrados em 05 das 08 unidades estudadas.

A prevalência de Hipertensão é pelo menos duas vezes maior nos pacientes diabéticos do que na população em geral. A frequente associação entre Hipertensão Arterial e diabetes tem como consequência grande aumento no risco cardiovascular. O maior controle da glicemia está relacionado à diminuição de eventos cardiovasculares (BRASIL, 2007).

Entre os pacientes hipertensos 12 apresentavam diabetes e 03 estavam em tratamento com insulino terapia, o que evidencia uma busca por maior controle glicêmico.

A idade avançada e a alta frequência de comorbidades entre os casos internados pode ser uma das explicações para a ocorrência de eventos cardiovasculares e internação por complicações da Hipertensão. Estes eventos, nesta população, podem ser decorrentes do próprio curso da história natural do adoecimento e as intervenções da atenção básica teriam pouca influencia sobre este desfecho.

Para melhor analisar e entender o curso do adoecimento é apresentado na tabela abaixo a distribuição de óbitos após a alta hospitalar, segundo a idade e o diagnóstico da alta.

Tabela 16 - Distribuição de óbitos por faixa etária e agravos

FAIXA ETÁRIA	AVE	CRISE HIPERTENSIVA
40 a 49 anos	00	01
50 a 59 anos	02	00
60 a 69 anos	03	00
70 a 79 anos	03	00
80 ou mais	04	00
Total	12	01

Fonte: Prontuário do Programa Saúde da Família

Observa-se que 37% dos pacientes que internaram no ano de 2010 foram a óbito neste mesmo ano, 01 paciente teve como causa de internação a Crise Hipertensiva e 12 pacientes tiveram como causa de internação o AVE.

Apenas 03 casos de óbito tinham faixa etária abaixo de 60 anos, o que representava 23% dos óbitos. O estudo dos prontuários destes casos em indivíduos mais jovens evidenciou que eles não realizaram nenhuma consulta médica ou de enfermagem no ano de 2010 na Unidade de Saúde da Família onde estavam cadastrados. Havia relatos dos agentes comunitários na Ficha B destes pacientes que afirmavam que eles não tinham adesão ao tratamento da Hipertensão, a PA era descontrolada e faltavam as consultas agendadas.

Estes três casos podem ser considerados internações e óbitos evitáveis pelas ações da atenção primária. Conhecer estes casos e avaliar as circunstâncias e dificuldades encontradas pelas equipes em implementar o controle pressórico pode ajudar a qualificar as ações.

O número elevado de óbitos corrobora com a idéia de que os casos internados eram de pacientes com grande risco de sofrerem intercorrências agudas por DCV. Contudo, a existência de pacientes idosos com tantas comorbidades e risco de sofrerem eventos agudos exigiria planos terapêuticos individualizados, ações multidisciplinares e uma atenção em rede integrando ações da atenção primária e especializada. Contudo, nos prontuários analisados estes planos não estavam registrados.

10 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo possibilitou uma melhor compreensão da forma como vêm sendo registrados os atendimentos tanto no nível hospitalar quanto na APS aos portadores de Hipertensão Arterial no município de Pirai.

O desenho do estudo não permite a realização de uma avaliação mais global da atenção prestada, porém aponta para algumas questões relativas à gestão dos serviços e do cuidado prestado.

Dos 61 prontuários dos pacientes que tiveram o diagnóstico inicial de AVE e HAS, observamos que de fato somente 35 pacientes confirmavam este diagnóstico, fosse por ter havido mudança no diagnóstico de alta ou porque a revisão dos prontuários identificava outras morbidades causadoras da internação. Este fato foi significativo em relação ao diagnóstico de Crise Hipertensiva.

O erro na classificação da Crise Hipertensiva pode estar associado a uma avaliação da Hipertensão como consequência e não como motivo da procura à unidade de emergência. Situações de estresse emocional e presença de sintomas associados a outras morbidades (cefaléia tensional, síndrome labiríntica etc.) podem causar uma elevação da PA, o que não se configura como Crise ou Emergência Hipertensiva. Outro aspecto que pode ter influenciado é a necessidade de classificar as internações de acordo com o que é posto pelo Guia de Procedimentos de Internações no SUS.

Cabe ainda destacar que o número de pacientes internados por Crise Hipertensiva é diferente do número de atendimentos emergenciais de pacientes com descompensação dos níveis pressóricos atendidos na emergência do HFL.

Os prontuários hospitalares não contêm dados do acompanhamento ambulatorial do paciente, uma vez que o prontuário não é eletrônico e não integra a rede local. Outro aspecto logístico é que não há prontuários por paciente. Os prontuários são abertos a cada internação e arquivados por dia/mês/ano de internação. Assim, nos casos de reinternação, ou outros atendimentos feitos no hospital, estes dados ficam ausentes do prontuário.

O prontuário segue um modelo clássico, centrado na doença e nos procedimentos médicos de tratamento. Ele não traduz uma perspectiva ampliada da

clínica e o desenvolvimento de um projeto terapêutico singular e multiprofissional.

O estudo demonstrou que a maioria dos pacientes (56%), buscou a unidade hospitalar espontaneamente, principalmente os que residem nas suas proximidades. Mesmo naqueles que foram referenciados não havia uma relação e interação entre as informações ambulatoriais com os registros hospitalares.

O perfil dos pacientes que estiveram internados no Hospital Flávio Leal no ano de 2010 era de pessoas com idade avançada, 77% dos pacientes tinham idade acima de 60 anos, o que segue uma característica demográfica e epidemiológica no Brasil. Atender a esta população idosa, portadora de complexas situações de adoecimento e de vida é ainda um desafio para os serviços de saúde.

Nas unidades de saúde da família observou-se grande heterogeneidade na forma de arquivamento e de registro dos prontuários. O prontuário familiar das unidades de saúde da família é um instrumento para uso de toda equipe. Porém, o espaço para o registro de questões que abrangem um cuidado integral é indistinto. Não há campos específicos que lembrem aos profissionais a necessidade de registrar aspectos psicossociais e familiares, avaliação de hábitos de vida, projetos terapêuticos e educação em saúde. A ficha B do SIAB, onde o ACS faziam o registro e acompanhamento dos hipertensos, só foi localizada em 3 das 8 unidades estudadas.

Na análise, os registros nos prontuários clínicos das USF eram basicamente com aspectos voltados para uma atenção centrada à doença e não à pessoa. Mesmo as anotações de profissionais não médicos estavam centradas nos procedimentos de tratamento e não em uma abordagem holística do indivíduo e sua família ou na construção de projetos terapêuticos singulares.

Considerando o cuidado integral a um agravo crônico como a Hipertensão os dados psicossociais e comportamentais, assim como a rede de apoio existente, são cruciais para a adesão a novos estilos de vida, a adesão aos fármacos e o controle do estresse que está diretamente envolvido com o adoecimento e a terapêutica.

Os dados encontrados nos prontuários do PSF mostraram um número reduzido de consultas realizadas em vários pacientes no ano de sua internação. O estudo não pode afirmar se este fato se deve a limitação no acesso a consultas, falta de adesão a elas ou registro insuficiente nos prontuários. Em contrapartida existem atendimentos domiciliares realizados por médicos e enfermeiros e outros

profissionais em alguns pacientes com dificuldade de locomoção. Este dado pode justificar o reduzido número de consultas ambulatoriais na própria unidade de saúde. Como não foram feitos cruzamentos entre as consultas ambulatoriais e as VDs não podemos afirmar que a falta de consultas se deve a atendimentos domiciliares

Contudo, nos prontuários dos 03 pacientes mais jovens que internaram e faleceram no ano de sua internação, não havia registro de consultas ou VDs de médicas ou de enfermeiros. Os únicos relatos eram dos ACS que identificavam a não adesão destes pacientes. Provavelmente, estes casos eram de pessoas com maior vulnerabilidade psicossocial e, tanto os instrumentos de informação como as estratégias de atenção, não conseguiram perceber e individualizar estas situações.

A faixa etária avançada e a alta frequência de comorbidades tornam os pacientes mais vulneráveis a eventos cardiovasculares. A gravidade de muitos pacientes se expressou pelo fato de que 13 deles faleceram no ano da internação. Contudo, a existência de pacientes com tantas comorbidades exige da APS e da rede de serviços um novo patamar de resolutividade clínica a qual os serviços devem estar atentos para alcançar. Nestes casos, é fundamental a definição de projetos terapêuticos singulares e multidisciplinares que trabalhem não apenas com o processo curativo, mas também com o empoderamento dos familiares e cuidadores, com a maior integração da atenção especializada com a primária e o desenvolvimento de ações de reabilitação.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A rede de serviços de saúde deve estar preparada para receber esse paciente. Como a Hipertensão é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento requer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. Sendo assim, a formação de uma equipe multiprofissional irá propiciar essa ação diferenciada.

A perspectiva de organização de modelos assistenciais e redes de serviço orientadas a partir da APS implica que ela se organize de modo integrado a outros níveis de atenção e se qualifique para dar respostas à prevalência cada vez maior de demanda de assistência a agravos crônicos a saúde. Os desafios da abordagem destes agravos são de tanto de ordem biomédica como psicossocial. A complexidade e a sobreposição das morbidades mais comuns como as cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas, assim como os impactos afetivos, familiares e sociais obrigam a qualificação da atenção prestada na Saúde da Família.

Os casos atendidos nas Unidades de Saúde da Família, portanto, são cada vez mais complexos, o que exige do profissional maior capacidade e a organização geral dos serviços. É preciso que as potencialidades da APS como reconhecer as singularidades dos pacientes e familiares seja mais explorada no controle destes agravos e na organização de planos terapêuticos integrais e singulares.

Portanto, para alcançar a efetividade da atenção aos portadores de um agravo crônico como a HAS não basta à oferta de ações programáticas, como distribuição de medicamentos ou consultas tradicionais. É necessário, também, que as equipes de saúde valorizem o indivíduo, respeitando suas crenças, idéias, valores, pensamentos e sentimentos sobre a patologia. (COSTA & NOGUEIRA, 2008).

O estudo observou que em Piraí a estrutura de coleta, arquivamento e acesso das informações dos usuários ainda não parecem refletir a qualificação e a operacionalização necessárias para a atenção integral a estes agravos crônicos como a Hipertensão.

Os prontuários ainda seguem uma disposição que está centrada no padrão queixa conduta, em um modelo centrado no médico e na doença. Observou-se que

não havia espaços destinados a questões de ordem psicossocial ou a construção de projetos terapêuticos interdisciplinares.

Os agravos crônicos demandam uma atenção continuada, orientada pela APS, mas desenvolvida também por vários serviços e diferentes tipos de profissionais. Estas características tornam ainda mais necessárias, a atenção ao registro e circulação de informações dos usuários na rede local de saúde.

A complexidade e a multiplicidade de ações desenvolvidas pelo PSF em uma comunidade tornam, no médio prazo, obrigatório o planejamento e a execução de recursos para a disponibilidade do prontuário eletrônico. Esse, por sua vez, se utilizado nos outros níveis de atenção à saúde, tornaria o sistema de referência e contra-referência muito mais eficiente e com reais possibilidades de fornecer aos usuários um atendimento de qualidade e integral. E aos gestores informações mais acuradas e que facilitem a programação de ações eficazes na comunidade e também como instrumento de gestão e planejamento, pois os dados informados serão mais precisos.

Além da necessidade de intervenções longitudinais e em diferentes serviços, os prontuários torna-se um instrumento chave para a continuidade do cuidado em situações em que há alta rotatividade de profissionais, como é o caso dos médicos nas equipes de saúde da família.

As dificuldades de integração da rede dos serviços hospitalares e ambulatoriais e de circulação de informações de pacientes podem explicar o fato de que alguns pacientes não tinham registrados consultas ou visitas domiciliares após a alta hospitalar. Considerando a gravidade do problema de saúde que estes pacientes apresentaram esperavam-se registros de avaliações e projetos terapêuticos destinados a estes usuários.

O estudo aponta para a necessidade de uma avaliação da qualidade dos prontuários hospitalares e ambulatoriais, das formas de integração e comunicação entre os serviços que compõe a rede local de saúde e de formalização na construção de projetos terapêuticos singulares para casos complexos de portadores de agravos crônicos a saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. *Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil*. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 (5):1103 -1112, mai. 2009.

ALFRADIQUE, M. E.; et al. *Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira com ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil)*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 (6): 1337-1349, 2009.

AMODEO, C.; HEIMANN, J. C. *Endotélio Arterial Sistêmica: mecanismos de lesão/novo alvo terapêutico?* Revista da Sociedade de Cardiologia. São Paulo, vol. 13, n. 1, jan/fev. 2003.

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde*. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003 - fev. 2004.

BERNE, R. M.; LEVY, M. N. *Fisiologia*. 4.ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2000.

BLUMENTHAL, D.; MORTH E.; EDWARDS J., *The efficacy of primary care for vulnerable populations groups*. Health. Serv Res, Apr; 30 , 1995 (1 pt 2): 253-73 p.

BRANDÃO, Andréa A.; MOTA, Marco Mota; MACHADO, Carlos Alberto. *Livro Hipertensão - Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/livro.asp>. Acesso em: 15 nov. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Caderno de atenção básica n. 15, Hipertensão Arterial sistêmica*, Brasília, 2007.

_____. *Clínica ampliada e compartilhada - Humanizadas*. Brasília, 2009.

_____. *Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular- Política Nacional de Humanização*. 2. ed. Brasília, 2007.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica. *A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno1*. Brasília, 2000.

_____. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 200. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília, 2006.

_____. *Política Nacional de Humanização, Humanizadas* Brasília, 2004.

_____. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2001.

_____. Legislação. Portaria 221 de 17 de abril de 2008 - *Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária*. Brasília, 2008.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados*. Brasília, 2002.

_____. *Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de Promoção da Saúde*. 2. ed. Brasília, 2007.

BURY, M. *Illness narrative: fact or fiction?* Sociol. Health Illn., v. 23, n. 3, p. 263-85, 2001.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L.; KANSO, S. *Do Nascimento à Morte: principais transições*. In: *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* Rio de Janeiro. Ipea, 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/transicaovidaadulto/capitulo%202_nascimento.pdf> Acesso em: 15 Out. 2008.

CAMINAL, J, H.; CASANOVA, C. M. *La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. Aten. Primaria, 2003.

CASTELLANOS, F. E. R. *Hipertensión arterial sistémica y sensibilidad a la sal*. Arch. Cardiol. Mex. [on line]. v. 76, p.161-163, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. *Prontuário médico do paciente: guia para uso prático*. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal . - Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006.

COSTA, R. S.; NOGUEIRA, L. T. *Contribuição familiar no controle da Hipertensão Arterial, Nogueira 3 Rev Latino-am Enfermagem set.-out. 2008 .*

DE SOUZA, A. R. A. *et al. A Study on Systemic Hypertension in the City of Campo desafios atuais. 9 de mai. 2011, revista eletrônica: www.thelancet.com*.

DONOVAN, J. L.; BLAKE, D. R. *Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making?* Social Science and Medicine, v. 3, p. 507-513, 1992.

DOWELL, J.; HUDSON, H. *A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care*. Family Practice, v. 14, n. 5, p. 369-375, 1997. Educ., v. 13, n. 28, p. 7-18, jan-mar. 2009.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONCA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. *O Programa de experiências in health education operational groups*. Interface - Comunic., Saúde, 1995.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. *Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde*. MS, Brazil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 88, 2007.

FERREIRA, D. C.; FAVORETO, C. A. O. *A análise da Narrativa dos pacientes com HIV na construção da adesão terapêutica*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011.

FRANKLIN, S. S. et al. *Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure: the Framingham Heart Study*. Circulation, v. 96, n. 1, p. 308-315, 1997.

GUIMARÃES, A. C.; ARAUJO, J. C. *Controle da Hipertensão Arterial em uma unidade de saúde da família*. Revista Saúde Pública; 41(3): 368-74, 2007.

GUIMARÃES, A.C. *Hypertension in Brazil*. Journal of Human Hypertension, v. 16 Suppl 1, p.S7-S10, 2002.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; JUNIOR, D. M. *Adesão ao tratamento em Hipertensão Arterial sistólica isolada*, Revista Brasileira de Hipertensão, vol.16(1):38-43, 2009. Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. Journal of Hypertension, v. 21, n. 11, p.1983-1992, 2003.

JUNIOR, I. M.; ZAHID, M. R.; UNTERSTELL, N.; MALUF, E. M. C. P.; SOUSA, A. B.; LOURES, F. D. *Avaliação da Adesão de Médicos ao Protocolo de Hipertensão Arterial da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba*. Arquivo Brasileiro Cardiologia, p. 94 (1): 86-91, 2010.

KAPLAN, N. M.; OPIE, L. H. *Fármacos Anti-hipertensivos*. In: OPIE, L. H. (Ed.). *Fármacos em Cardiologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

KEARNEY, P. M. et al. *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data*. Lancet, v. 365, n. 9455, p. 217-223, 2005.

KLEINMAN, A. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books, 1988. Lancet, v. 365, n. 9455, p. 217-223, 2005.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. *Política de saúde nos anos 90: Relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*, Ciência & Saúde Coletiva, p. 6(2): 269-291, 2001.

LIBERMAN A., *Aspectos epidemiológicos e o impacto da Hipertensão no indivíduo idoso*. Ver Bras Hipertensão vol. 4, p. (1):17-20, 2007.

MACINKO, J. *Seminário Internacional de Atenção Primária, Saúde da Família. Recife, Pernambuco. Expansão com Qualidade & Valorização de Resultados*. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2007.

- MASSAD, E. et al. *O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico*. São Paulo: H. de F. Marin, p. 2, 214, 2003.
- MERHY, E. E. *O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver - SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.
- MINAYO, M. C. S. et al. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, p. 80, 1994.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MORRIS, L. S.; SCHULZ, R. M. *Patient compliance: an overview*. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, v. 17, p. 183-195, 1992.
- MUSSI, F. C. *Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiências de homens infartados*. *Acta Paul Enferm.*; 16(3): 77-97, 2003. p.133, 2005.
- NIGHTINGALE, F. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Tradução de Amália Correa de Carvalho, São Paulo, Cortez, 1989.
- PEDROSA, J. I. S.; TELES J. B. M.; *Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família* *Revista Saúde Pública*; 35(3):303-11, 2001.
- PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. *Portador de Hipertensão Arterial: atitudes, crenças e percepções, pensamentos e práticas*. *Ver Saúde Pública*; 37(5):635-42, 2003.
- RIBEIRO, E. M. *As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF)*. *Rev Latino-am Enfermagem*, jul-ago; 12(4):658-64, 2004.
- SARAIVA, K. R. O; SANTOS, Z. M. A. S.; LANDIM, F. L. P.; TEIXEIRA, A. C. *Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular*, *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, abr-jun; 16(2): 263-70, 2007.
- SARQUIS, L, M, M. et al. *A adesão ao tratamento na Hipertensão Arterial: análise da produção científica*. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 32, n 4, dez, p 335-53, 1998.
- SCHIMITH M. D.; LIMA M. A. D. S.; *Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família*, *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.
- SCHMIDT M. I.; DUNCAN B. B.; SILVA G. A.; MENEZES A. M.; MONTEIRO C. A.; Barreto S. M. SECRETARIA DE POLÍTICAS DA SAÚDE. *Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus*. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

SCOREL, L. S.; GIOVANELLA, M. H.; MENDONÇA, M.; SENNA, M. C. M. O programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [online]; vol.21, n. 2-3, 2007. p. 164-176.

SILVA, R. C. C.; LIMA, E. J. B.; EVANGELISTA, R. A. Adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial no PSF Alvorada - Equipe 13, *Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM* (ISSN 1806-6399) Patos de Minas: UNIPAM, (6): 118-125, out. 2009.

SIMÕES, M. V.; SCHMIDT, A. *Hipertensão Arterial como fator de risco para doenças cardiovasculares*. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: 29: 214-219, abr-set. Capítulo IV, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2006.

SPIRI, C. W.; OLIVEIRA, E. M.; *Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional* *Revista Saúde Pública*; 40(4):727-33, 2006.

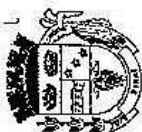
STAESSEN, J. A. *et al. Essential hypertension*. *Lancet*, v. 361, n. 9369, p.1629-1641, 2003.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde, 2002.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo, 2006.

WHITWORTH, J. A. *World Health Organization (WHO) International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension*. *Journal of Hypertension*, v. 21, n. 11, p.1983-1992, 2003.

APÊNDICE A - Ficha de Acompanhamento de Hipertensos (Ficha B-SIAB)



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAI
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Sistema de Informação de Atenção Básica

ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS



MÓDULO	SEGMENTO			ÁREA			MICROÁREA			NOME DO ACS			ANO										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
Identificação	Sexo	Idade	Fumante		Entrevista	Meses						Observações											
			Sim	Não		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun		Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez					
NOME:					Data da visita do ACS																		
Endereço:					Faz dietas																		
NOME:					Toma a medicação																		
Endereço:					Faz exercícios físicos																		
NOME:					Pressão arterial																		
Endereço:					Data da última consulta																		
NOME:					Data da visita do ACS																		
Endereço:					Faz dietas																		
NOME:					Toma a medicação																		
Endereço:					Faz exercícios físicos																		
NOME:					Pressão arterial																		
Endereço:					Data da última consulta																		
NOME:					Data da visita do ACS																		
Endereço:					Faz dietas																		
NOME:					Toma a medicação																		
Endereço:					Faz exercícios físicos																		
NOME:					Pressão arterial																		
Endereço:					Data da última consulta																		

APÊNDICE B - Roteiro de Avaliação dos Dados no Hospital Flávio Leal**PACIENTES INTERNADOS COM DIAGNÓSTICO DE AVE E CRISE
HIPERTENSIVA NO ANO DE 2010****1) Dados de Identificação:**

Nome:

Sexo:

Idade:

PSF:

2) Dados da Internação:

- Paciente referenciado pelo Programa de Saúde da Família () SIM () NÃO

- Tempo de Internação:

- PA elevada na Internação () SIM valor pressórico _____ () NÃO valor pressórico _____

- Morbidades:

- Queixa Principal :

- Diagnóstico de Internação:

- Diagnóstico de Alta:

- Paciente realizou TC de Crânio () SIM () NÃO

APÊNDICE C - Formulário de investigação no PSF dos pacientes internados por Crise Hipertensiva e Acidente Vascular Encefálico

OCORRÊNCIA: () AVE () CRISE HIPERTENSIVA

1- Dados de Identificação:

Nome:

Sexo: () fem. () masc.

PSF:

Data de nascimento: ___/___/___

Idade: _____ anos

Cor: () Branca () Parda () Negra

Ocupação:

2) Dados da Ficha de acompanhamento do Hipertenso pelo ACS:

Número de visitas domiciliares do ACS no último ano: _____

Participa de grupos de Educação em Saúde: () Sim () Não () Não informa

Quais: _____

Pratica Atividade Física () Sim () Não () Não informa

Tipo e frequência: _____

Faz dieta () Sim () Não () não informa

Toma a medicação () Sim () Não () não sabe informar

Se faz uso de acordo com a prescrição? () Sim () Não () não sabe informar

Diabético: () Sim () Não Hipertenso: () Sim () Não

Tabagista: () Sim () Não Alcoolista: () Sim () Não

3) Dados do Prontuário clínico:

Primeiro atendimento no PSF: ___/___/___

Número de Consultas do enfermeiro no último ano: _____

Número de Consultas do enfermeiro no último ano: _____

Número de Consultas do médico generalista no último ano: _____

Número de Consultas do médico especialista no último ano: _____

Número de Consultas do enfermeiro no último ano: _____

Numero de consultas de outros profissionais de nível superior:

Nutrição:

Fisioterapia:

Psicologia:

4) Exames de rotina realizados no último ano:

Data	PA	IMC	CC	LDL/HDL	Col. Total/TG	Glic/Hb glic	creat	K	ECG

Patologias anteriores: () AVE; () DM; () Insuficiência cardíaca; () Insuficiência renal () doença coronariana; () Alcoolismo; () tabagismo

Anotações sobre hábitos saudáveis de vida: () Não () Sim

Quais _____

Anotações sobre aspectos psicossociais do paciente e família: () Não () Sim

Quais _____

Toma a medicação () Sim () Não () não sabe informar

Que medicação:

Anotações sobre a adesão ao tratamento farmacológico: () Não () Sim

Quais _____

APÊNDICE E - Aprovação pelo Projeto pelo CEP-IMS/UERJ

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550-900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2334-0504 ramal 108
FAX: 55-021-2334-2152

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa "Análise da atenção prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial no município de Piraí" (Registro CAAE 0015.0.259.000-11), coordenado por Helia Paula Brum Maia, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ na presente data.

Rio de Janeiro, 21 de junho de 2011

MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social