



ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

CHARACTERIZATION OF HYPERTENSIVE PATIENTS FROM AN UNIT OF HEALTH IN CURITIBA, PARANÁ

CARACTERIZAÇÃO DE HIPERTENSOS DE UNIDADE DE SAÚDE EM CURITIBA, PARANÁ

CARACTERIZACIÓN DE HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE LA SALUD EN CURITIBA, PARANÁ

Ezia Maria Corradi¹, Camila Aparecida Araújo², Jussara do Rocio Machado³, Mário Humberto Esteves⁴

ABSTRACT

The aim of this descriptive-exploratory study is characterize the reasons of abandonment of the hypertensive patients by the Hypertensive Patients Program from a Health Unit at Curitiba city, State of the Paraná, Brazil. The users of low risk, totalizing 203 ones, of which, 44 had been selected those residents at micron-areas around. Domiciliary visit was carried through, which 13 users had been located. In this occasion the collection of data instrument was applied to identify to the current conditions of health and the reasons of the abandonment of the Program. Data had been organized and analyzed based on descriptive statistic and argued with endorsement of literature. The results showed the age between 51 and 60 years (69%); 61.5% with alteration of the blood pression in the 1, 2 and 3 of risk; 77% in medication use. Amongst the reasons of absence of the program 14% it affirmed not to have time, 14% for feeling themselves well, 21% had complaints in the attendance and, or not trusting the Program. The 84,6% of the inactives has the controlled hypertension, but with risks to the health; they has unfamiliarity about the illness, its gravity, forms to coexist it and as to carry through the necessary control. **Descriptors:** hypertension; community health centers; nursing.

RESUMO

Estudo descritivo-exploratório com o objetivo de caracterizar os motivos de abandono de portadores de hipertensão arterial ao Programa de Hipertensão Arterial de uma Unidade de Saúde de Curitiba, Paraná, Brasil. Participaram 203 usuários de risco baixo, dos quais, foram selecionados aqueles residentes em micro-áreas de abrangência, correspondendo a 44. Foi realizada visita domiciliar, com a qual foram localizados 13 usuários. Nessa ocasião foi aplicado o instrumento de coleta de dados para identificar condições atuais de saúde e motivos do abandono ao Programa. Os dados foram organizados e analisados com base na estatística descritiva e discutidos com respaldo da literatura. Os resultados mostraram a faixa etária entre 51 e 60 anos (69%); 61,5% com alteração da PA entre os estágios 1, 2 e 3 de risco; 77% em uso de medicação. Dentre os motivos de afastamento do programa 14% afirmaram não ter tempo, 14% por sentir-se bem, 21% com queixas no atendimento e, ou não confiarem no Programa. Conclui-se que 84,6% dos inativos apresentam hipertensão controlada, mas com risco de consequências à saúde; há desconhecimento acerca do que é a doença, sua gravidade, formas de conviver com ela e como realizar o controle necessário. **Descritores:** hipertensão; unidade básica de saúde; enfermagem.

RESUMEN

El objetivo de este estudio descriptivo-exploratorio es caracterizar las razones de abandono de los pacientes hipertensos de un Programa de Pacientes Hipertensos de una Unidad de Salud en la ciudad de Curitiba, Estado de Paraná, Brasil. Los usuarios de bajo riesgo totalizando 203, de los cuales, 44 habían sido seleccionados en torno a las áreas vizinhas. Visita domiciliar se llevó a cabo que localizaron 13 usuarios. En esta ocasión, la recopilación de instrumento de datos se aplicó a identificar a las actuales condiciones de salud y las razones del abandono del Programa. Los datos han sido organizados y analizados descriptivo de la forma y argumentó con el aval de la literatura. Los resultados mostraron la edad entre los 51 y los 60 años (69%); 61,5% con alteración de la presión sanguínea en el 1, 2 y 3 de riesgo, 77% en el uso de fármacos. Entre las razones de ausencia del programa el 14% afirmó no disponer de tiempo, el 14% para sentirse bien, un 21% en las denuncias y la asistencia, o no confiar en el Programa. El 84,6% de los inactivos se ha controlado la hipertensión, pero con riesgos para la salud, sino que ha desconocimiento sobre la enfermedad, su gravedad, las formas de coexistir y, como para llevar a cabo el control necesario. Los resultados demostraron la edad entre 51 y 60 años (el 69%); 61.5% con la alteración de la presión arterial en el 1, los 2 y los 3 del riesgo; el 77% en uso de medicación. Entre las razones de la ausencia del programa el 14% afirmó no tener tiempo, 14% no tener síntomas de hipertensión, 21% tenían quejas en la atención y, o confiando en el programa. El 84.6% de los inactivos tiene la hipertensión controlada, pero con riesgos a la salud; tienen poco saber sobre la enfermedad, su gravedad, formas a coexistir él y el control necesario. **Descriptores:** hipertensión; centros de salud; enfermería.

¹Enfermeira. Mestra em Educação. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Coordenadora do Curso de Enfermagem da UniBrasil, Curitiba, Brasil. E-mail: ezia.corradi@pucpr.br; ²Enfermeira graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Brasil. E-mail: kmyla12@hotmail.com; ³Enfermeira graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Brasil. E-mail: jussaradorocio@yahoo.com.br; ⁴Enfermeiro graduado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Brasil. E-mail: betto-beto-esteves@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença clínica decorrente de vários fatores que tem como característica os níveis de pressão arterial elevados, e representa um dos problemas mais freqüentes na prática clínica, visto que cerca de 20% da população adulta é portadora de HAS.¹

Esta condição é caracterizada por níveis de pressão igual ou maiores que 140/90 mmHg, encontrados em aferições diárias de pelo menos dez dias consecutivos. A determinação do risco cardiovascular depende da classificação do estágio da hipertensão, da presença de fatores de risco cardiovascular, lesões de órgãos alvo e condições clínicas associadas.¹

Segundo o Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica da Secretaria de Saúde Municipal de Curitiba, a estratificação do risco individual depende do estágio da hipertensão, assim como da presença de outros fatores de risco. Considera-se de risco baixo o usuário com HAS estágio I e sem outros fatores de risco associados.¹

Este Protocolo prevê que os indivíduos considerados de risco baixo, com quadro estabilizado, devem passar por consultas médica e de enfermagem anualmente, bem como trimestralmente pelo atendimento de enfermagem na Unidade de atendimento. De acordo com o referido Protocolo, os usuários que comparecem na Unidade após três meses, são considerados inativos.¹

Nas Unidades de Saúdes da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba existe o programa dirigido para os indivíduos com HAS, com 1621 mil usuários inscritos em diversas categorias, quais sejam: risco baixo, risco médio, risco alto e risco muito alto. A categoria que apresenta o maior número de inscritos é a de risco médio com 703 usuários.²

O fator mais preocupante e que requer intervenção efetiva refere-se ao elevado índice de usuários inativos, o qual soma 29,3%. Na categoria de risco baixo o índice de inativos é de 12,5%, no risco médio é de 11,9%, no risco alto é de 4,7% e no risco muito alto é de 0,2%.²

No relatório de outubro de 2006, quando da realização do projeto deste estudo, não havia usuário inativo no grupo de risco muito alto³. Além disso, observou-se no relatório de 2007, aumento no número total de inativos de risco baixo em 19,4%.²

O objetivo deste estudo foi caracterizar os motivos de abandono de portadores de

hipertensão arterial ao Programa de Hipertensão Arterial de uma Unidade de Saúde de Curitiba, Paraná, Brasil.

Justifica-se este estudo em virtude da Hipertensão Arterial ser doença crônica e degenerativa e os portadores de baixo risco necessitarem de controle para evitar o comprometimento de órgãos alvo como coração e rins. Portanto, é de fundamental importância que seja realizado trabalho contínuo de prevenção.

REVISÃO DE LITERATURA

As desigualdades sociais, os transtornos emocionais e psicossociais, acidentes, violências, drogas ilícitas geram aumento do estresse, fazendo com que doenças crônicas como as cardiovasculares sejam responsáveis por um dos maiores índices de mortalidade. Esta situação está presente em países pobres e também faz parte da realidade do Brasil e no Estado do Paraná.⁴

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o fluxo migratório rural-urbano no Paraná teve início nos anos 70 quando a população urbana correspondia a 36,2% do total. Em 2000 esse índice já era de 81,3%. Essa transição demográfica traz como consequência uma mudança no estilo de vida daqueles que saíram do campo e vieram para as cidades. Outro fator importante é a tendência do envelhecimento da população no Estado. Isso se deve ao fato de que a expectativa de vida já superou os 72 anos, sendo que em 1950 era de 47,9 anos⁴.

Ainda segundo a mesma fonte da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, os gastos com internação hospitalar por HAS atingiram no Brasil mais de 45 milhões de reais e no Estado do Paraná, 2,5 milhões. Outro dado é que Curitiba ocupa a oitava maior taxa de hipertensão entre as capitais brasileiras.

Dentre as relações entre hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares, a hipertensão geralmente dobra o risco dessas doenças. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de morte em todas as regiões⁵.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde^{1,3} o Programa de Assistência à Hipertensão Arterial em Curitiba tem uma longa história. Os documentos que sistematizavam os cuidados primários para a saúde do município em 1979 já abordavam este item, salientando que os profissionais sempre buscaram desenvolver atividades educativas, proporcionando maior conhecimento da patologia e estimular mudanças de hábitos de

Corradi EM, Araújo CA, Machado JR, Esteves MH.

vida da população, transformando as Unidades de Saúde (US) em Unidades de qualidade de vida.

Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) portadores de HAS são cadastrados no Programa de Hipertenso nas Unidades a que pertencem. O que se observa é uma evasão bastante considerável desses usuários, na ordem de 29,3% na US em que esse estudo foi realizado^{2,3}.

A ausência de sintomas e o fato de a hipertensão ser uma doença crônica contribuem fortemente para baixa adesão ao tratamento e, além disso, problemas relacionados com as reações adversas das medicações e orientações insuficientes por pela equipe multiprofissional. Dessa maneira, o reconhecimento precoce de características que possam interferir no processo de adesão são requisitos importantes para a atuação dos profissionais da área da saúde que tenham contato com usuários hipertensos⁶.

MÉTODO

O estudo caracterizou-se como pesquisa exploratória-descritiva, desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil.

Participaram os usuários de risco baixo considerados inativos pelo Sistema de Informação do Programa de Hipertenso da US, num total de 203 usuários. Deste total, foram selecionados todos os usuários residentes nas micro-áreas de abrangência correspondendo a 44 usuários. Entretanto, com a visita domiciliar, foram localizados 13 usuários, nove do sexo masculino e quatro do feminino. Esta redução foi decorrente dos seguintes fatores: mudança de endereço dos usuários cadastrados na Unidade; falecimento do

Characterization of hypertensive patients from an unit...

usuário sem a devida baixa no sistema da unidade; usuários que não concordaram em participar; número das residências não existente.

Na primeira etapa foram identificados todos os usuários das áreas selecionadas pelo Sistema de Informação da US e, a seguir, os autores realizaram visita domiciliar no mês de maio de 2007. Nessa ocasião foi aplicado o instrumento para identificar as condições atuais de saúde e os motivos do abandono do Programa de Hipertenso da US.

Na visita foi realizada a medida da pressão arterial nas condições em pé, sentado e deitado, com aparelho com manguito específico para a característica física do sujeito, bem como foi verificado o peso com balança portátil e medida a altura com auxílio de fita métrica.

Na segunda etapa, baseado no levantamento da fase 1, foram identificados os motivos do afastamento dos usuários do Programa de Hipertenso.

Os dados foram organizados e analisados de forma descritiva e discutidos com respaldo da literatura.

Em respeito às questões éticas os sujeitos foram devidamente esclarecidos e somente incluídos aqueles que concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo-lhes garantido o direito às informações sobre os objetivos e anonimato, conforme a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP⁷. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR sob o n. 1584, da Secretaria Municipal de Saúde em 18 de abril de 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Caracterização dos sujeitos do estudo

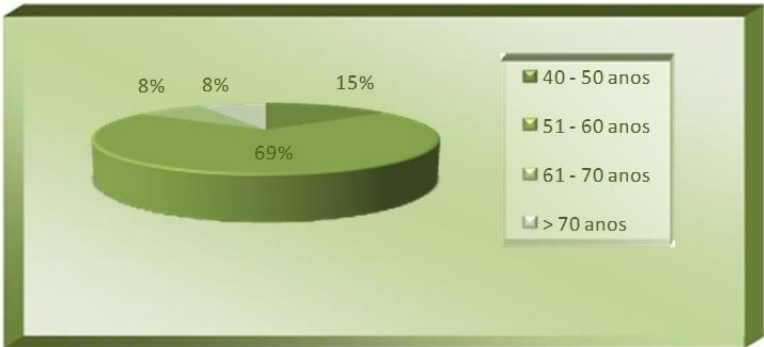


Figura 1. Idade dos sujeitos do estudo. Curitiba, 2007.

A Figura 1 mostra que a maior parte dos sujeitos entrevistados concentra-se na faixa de idade entre 51 e 60 anos com 69% de respostas, e 61 anos ou mais com 16%, e, estes dados revelam certa preocupação porque sendo considerados hipertensos de

risco baixo e estando afastados do programa, existe grande probabilidade de que ocorra agravamento da doença, não só com a hipertensão em si, mas com o surgimento de patologias associadas, dificultando ainda mais o controle.

Dentre as relações entre hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares, a hipertensão geralmente dobra o risco dessas doenças. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças

cardiovasculares, sendo a principal causa de morte em todas as regiões, o acidente vascular cerebral com maior incidência em mulheres⁵.

Sujeitos do estudo	Idade (anos)	Altura (m)	Peso (Kg)	IMC		Medida da PA (mmHg)			
				Valor	Classificação	Em pé	Sentado	Deitado	Classificação
01	58	1,54	50	21,08	Normal	150/100	150/100	160/110	2
02	70	1,71	63	21,54	Normal	150/100	160/90	160/100	2
03	55	1,62	80	30,48	I	140/90	140/80	140/90	1
04	55	1,72	78	26,36	Sobrepeso	130/80	130/90	130/80	Limítrofe
05	54	1,51	76	33,33	I	120/80	120/80	110/80	Normal
06	76	1,72	58	19,60	Normal	130/80	130/80	140/80	Limítrofe
07	57	1,72	75	25,35	Sobrepeso	140/80	140/80	140/90	1
08	51	1,70	80	27,68	Sobrepeso	190/110	190/120	190/120	3
09	58	1,60	85	33,20	I	160/90	160/90	150/90	2
10	44	1,67	73	26,17	Sobrepeso	120/80	120/80	130/80	Normal
11	55	1,77	83	26,49	Sobrepeso	140/80	140/80	140/90	1
12	56	1,60	60	23,43	Normal	130/70	130/80	130/80	Limítrofe
13	41	1,78	103	32,50	I	150/100	150/110	150/110	2

Figura 2. Caracterização dos sujeitos do estudo em relação à idade, altura, peso, IMC e PA. Curitiba, 2007.

A Figura 2 mostra-nos que em relação ao IMC, 38,4% encontram-se com sobrepeso, 30,8% com peso ideal e 30,8% com obesidade Grau I de acordo com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica⁸.

Na correlação IMC e PA tomando-se por base o documento da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial⁵, observa-se que, dos sujeitos classificados com sobrepeso, 15,3% possuem a PA no estágio 1 e 7,7% normal, limítrofe e estágio 3 respectivamente; como obesidade Grau I, 15,4% a PA está no Estágio 2 e 7,7% estágio 1 e normal respectivamente e os com peso normal, 15,4% a PA está no estágio 2 e limítrofe respectivamente.

Os dados mostram que o grupo pesquisado é constituído de pessoas com faixa etária alta e com algum grau de aumento de peso. Portanto, seria importante a prevenção, já que a presença de HAS em idosos merecerá maior atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela doença, como por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo.

Em relação ao uso de medicamentos, 77% fazem uso destes e 23% não. Destes últimos, quando da medida da PA, esta se encontrava no Estágio 2 e 3. O que chama a atenção é que 47% dos sujeitos que continuam utilizando os medicamentos, o fazem com base na prescrição da última consulta e no momento,

estão sem acompanhamento clínico e 30% deles, de acordo com a Figura 1 procuraram assistência particular.

Além disso, 38,5% apresentam outra patologia associada, sendo 30,8% hipotireoidismo e 7,7% doença renal.

A má adesão ao tratamento da HAS é sem dúvida questão relevante, já que pode ser facilmente confundida por resistência ao tratamento. Muitos pacientes com HAS têm controle inadequado dos valores da PA, tal como mostram os dados, fazendo com que os mesmos sejam suscetíveis a um risco mais elevado de complicação por esta condição.

É fundamental entender que o tratamento para a HAS engloba estratégias adequadas que visa a um bom acolhimento do hipertenso, incentivo, educação, motivação, modificação dos hábitos de vida e, se necessário, o uso de medicamentos. No entanto, o que se observa é que a primeira conduta restringe-se ao uso de medicamentos com uma orientação bastante superficial sobre os outros fatores que são considerados de grande importância para o usuário hipertenso. Portanto, faz-se necessário conscientizar o usuário hipertenso sobre o tratamento terapêutico indicado pela equipe multidisciplinar, a fim de controlar os níveis pressóricos e contribuir para melhoria da qualidade de vida⁹.

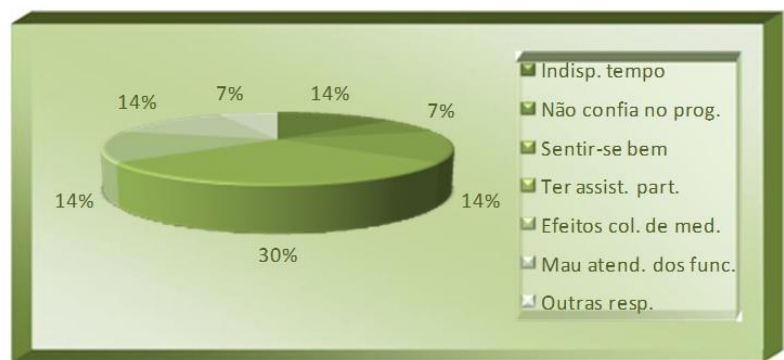


Figura 3. Motivo de afastamento do programa segundo os sujeitos do estudo. Curitiba, 2007.

A Figura 3 mostra que 30% dos hipertensos procuram assistência particular, 14% afirmam não terem tempo disponível para irem a Unidade de Saúde, 14% afirmam estarem se sentindo bem, 14% apresentam queixas com os efeitos colaterais dos medicamentos, 14% criticam o atendimento dos funcionários da Unidade, 7% não confiam no Programa e 7% deram outras respostas.

Analisando estes dados 65% dos sujeitos entrevistados estão, de alguma forma, insatisfeitos com o programa de hipertenso, com a Unidade e/ou com os funcionários.

Pode-se verificar nos dados que a adesão ao tratamento não está atingindo os usuários. A expressão adesão ao tratamento refere-se ao grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam farmacológicas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais. Trata-se também de um processo comportamental, pois é um complexo que envolve aspectos psicossociais, crenças, hábitos de vida, aspectos culturais, idade, sexo, nível socioeconômico, escolaridade e o relacionamento com a equipe de saúde⁶.

Para a Organização Mundial de Saúde cinco fatores devem estar interagindo para que o fenômeno da adesão ocorra com sucesso, quais sejam: sistema e equipe de saúde, fatores socioeconômicos, relacionados ao paciente, à doença e ao tratamento. Isto demonstra uma complexidade de questões que engloba o mecanismo do controle no processo de desenvolvimento e acompanhamento da adesão dos usuários¹⁰.

Torna-se importante, então, uma avaliação do papel da Unidade de Saúde no controle desta doença e isto envolve deste o programa em si, passando pela autoridade sanitária local, equipes de saúde e comunidade. Para que os usuários com HAS estejam presentes e atuantes de maneira responsável no Programa é preciso que haja organização, envolvimento da equipe, humanização no atendimento, conhecimentos necessários para esclarecer, educar e orientar os usuários, criando estratégias que direcionem o processo de controle, possibilitando uma qualidade de vida melhor para aqueles que sofrem desta doença.

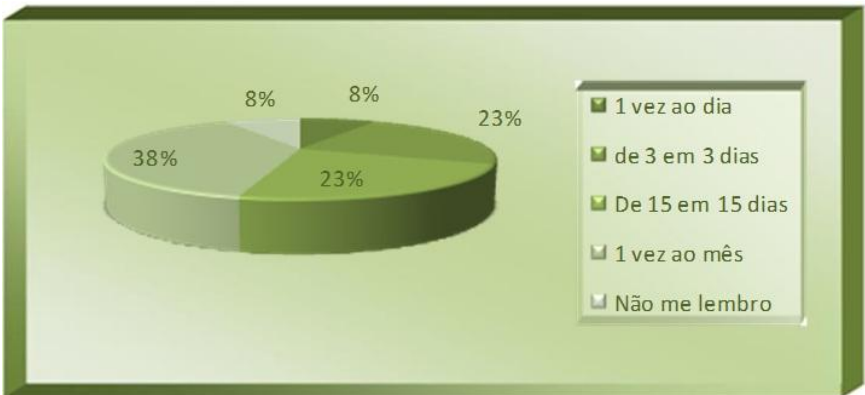


Figura 4. Frequência de verificação da PA durante participação no programa segundo os sujeitos do estudo. Curitiba, 2007

Ao serem questionados quando da participação no Programa de Hipertenso referente à frequência da medida da PA, temos que 38% realizavam a verificação uma vez ao mês, 23%, de três em três dias e quinze e quinze dias, respectivamente, e não lembram e uma vez ao dia 8%, respectivamente.

De acordo o Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica da Secretaria

Municipal de Saúde de Curitiba¹, no hipertenso considerado de risco baixo, a verificação da PA deve ocorrer de três em três meses. Assim, o relato da frequência de verificação da PA pelos sujeitos do estudo, quando participavam do programa, estava acima do protocolo.

Sendo a HAS uma doença crônica requer tratamento e acompanhamento por toda a vida. Um fato muito preocupante é que muitos indivíduos descobrem que são

Corradi EM, Araújo CA, Machado JR, Esteves MH.

Characterization of hypertensive patients from an unit...

portadores desta patologia quando apresentam complicações graves. Estatísticas demonstram que de toda população de

hipertensos, cerca de um terço não sabe que tem a doença e, dentre os que sabem, 50% aderem efetivamente ao tratamento¹¹.

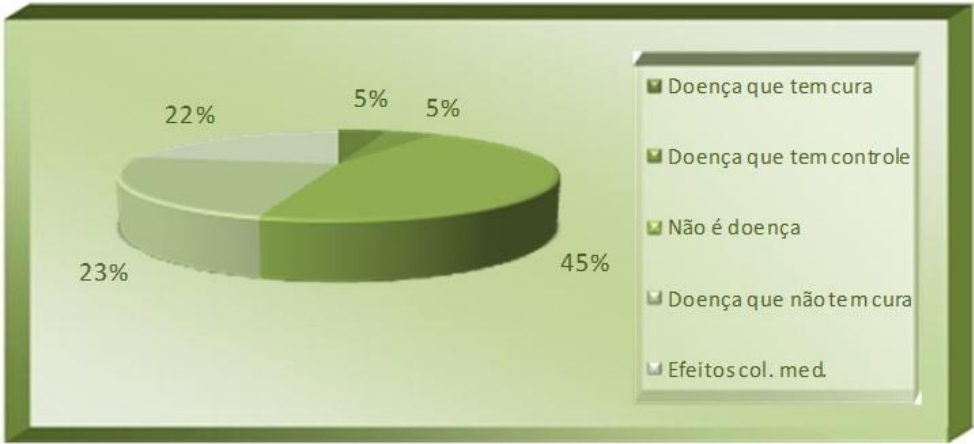


Figura 5. Definição de hipertensão, segundo os sujeitos do estudo. Curitiba, 2007.

De acordo com a Figura 5 as definições apresentadas pelos sujeitos do estudo mostram 59% afirmando ser a hipertensão uma doença que tem controle, 29% uma doença que não tem cura, 6% uma doença que tem cura e 6% que não é uma doença. Os entrevistados reconhecem de um modo geral que a hipertensão é uma doença crônica.

Como a HAS é uma doença crônica e degenerativa torna-se fundamental resgatar os portadores que ainda são considerados de

baixo risco, trabalhar com eles no sentido de que adquiram consciência de que esta doença é grave, mas pode ser tratada e controlada evitando o risco de distúrbios como o acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e lesão renal. Desde que a pressão arterial esteja sob controle, os portadores de hipertensão arterial não precisam restringir suas atividades, no entanto precisam manter-se em acompanhamento em programas específicos.



Figura 6. Conhecimentos que gostariam de adquirir sobre hipertensão, segundo os sujeitos do estudo. Curitiba, 2007.

A Figura 6 mostra que 29% dos sujeitos desejam adquirir conhecimentos sobre o que é pressão alta e como deve ser a alimentação, respectivamente, 18% quais os sintomas e os efeitos colaterais dos medicamentos, respectivamente e 6% quais atividades físicas são adequadas.

Em relação ao conhecimento desejado pelos sujeitos evidencia-se a necessidade de educação em saúde mais eficiente, pois os dados mostram desconhecimento da hipertensão e conseqüências. A maioria, 92% afirmou “nunca terem participado de atividades de educação para a saúde”, mesmo aqueles que estão hoje com acompanhamento particular.

A falta de educação em saúde para um grupo vulnerável, como o hipertenso, é fato preocupante, pois o desconhecimento de sua

condição de saúde e como deverá se conduzir é fundamental para as mudanças no estilo de vida.

As ações educativas devem ser usadas como ferramenta para adesão ao tratamento, tendo como objetivo estimular mudanças de comportamento, aumentando a habilidade dos usuários para a tomada de decisões e para se adaptar a uma condição de saúde específica. Fazendo também, com que os mesmos conheçam sobre a patologia da qual são portadores e dos riscos do não tratamento¹².

Para prática educativa satisfatória, é necessário que o educador reconheça que o indivíduo é detentor de um valor diferente do dele, sendo fundamental a importância de observá-lo em sua totalidade, envolvendo seus processos afetivos e culturais e seu próprio conceito de saúde.

Corradi EM, Araújo CA, Machado JR, Esteves MH.

A educação em saúde torna-se uma construção compartilhada de conhecimentos, onde se deve partir de uma necessária articulação entre representações sociais e experiências da doença, sendo os sujeitos capazes de expressar desejos, sentimentos e ocorrendo a prática de liberdade, na qual educador e educando tornam-se sujeitos assumindo seus papéis, fazendo com que o processo educativo ocorra de forma expressiva e positiva refletindo mudanças por mais que sutis¹³.

Segundo o Protocolo de Atenção à HAS¹, o enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar, participa de ações educativas visando à elaboração de estratégias para o melhor desempenho do programa de hipertenso na US. Compete a este profissional a realização da consulta de enfermagem que engloba a avaliação da adesão ao tratamento, encaminhamento para atividades educativas, orientações de estratégias para o tratamento anti-hipertensivo, entre outras.

Na prática da educação em saúde, o enfermeiro desempenha função importante para a coletividade, pois participa de programas e atividades de educação em saúde, com o intuito de melhorias no que se diz respeito à saúde do indivíduo, da família e da população em geral. É, portanto, um profissional que norteia a educação em saúde, englobando todas as ações, visto que é necessário orientar a população mostrando alternativas para que tomem atitudes capazes de valorizar e respeitar o próprio corpo e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e desenvolver entre os seus membros o senso de responsabilidade pela própria saúde¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que com este estudo conseguimos realizar um levantamento da situação de um grupo de usuários inativos de risco baixo de uma Unidade de Saúde, no que se refere aos motivos de ausência do Programa de Hipertensos.

Os dados identificados nos possibilitaram as informações necessárias ao desenvolvimento dos raciocínios previstos nos objetivos específicos para identificação dos usuários inativos cadastrados no Programa.

Por meio do referencial bibliográfico foi possível fazer uma análise comparativa entre a realidade atual das condições de saúde dos usuários e o que se espera de indivíduos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, com relação aos valores de PA, sua relação com os hábitos de vida, conhecimento e

Characterization of hypertensive patients from an unit...

envolvimento no processo de controle da doença.

Constatou-se que o grupo pesquisado apresenta-se com 61,5% de clientes com PA elevada, distribuídos entre os estágios 1, 2 e 3 quanto ao risco; 23% com a PA na condição limítrofe e deste, um terço encontra-se com sobrepeso com relação ao IMC; 15,5% apresentam PA normal, de acordo com o Protocolo de Hipertensão da SMC, porém encontram-se classificados nas categorias grau I e sobrepeso em relação ao IMC).

Portanto, 84.6% dos sujeitos analisados encontram-se, de alguma maneira, aquém do que se espera para serem considerados como indivíduos que sofrem de HAS, mas estão com a doença controlada.

Observamos que independente do IMC e PA apresentarem-se nos parâmetros de normalidade há alterações significativas que indicam possíveis conseqüências à saúde dos sujeitos do estudo, conseqüentemente, estes não poderiam estar enquadrados na qualidade de usuário inativo.

Foi possível, também, perceber desconhecimento dos indivíduos acerca do que é a doença, sua gravidade, formas de conviver com ela e como realizar o controle necessário para viver de forma saudável. São questões fundamentais para o embasamento e aquisição de conhecimentos em programa de educação que vise empoderar os indivíduos e fazer deles cidadãos conscientes e responsáveis.

Destaca-se que a facilidade de acesso dos usuários hipertensos aos serviços de saúde e a qualidade do trabalho desenvolvido nesses serviços influenciam diretamente no processo de adesão ao tratamento, assim como a disponibilidade de fornecimento gratuito de medicamentos⁶.

Mostra-se necessário, contudo, que os serviços de saúde se organizem para melhor assistir os usuários hipertensos, sendo fundamental conhecer o perfil destes para que possam elaborar um plano terapêutico individualizado que leve em conta os cuidados físicos, como também estímulos, esperança e compreensão. Para aperfeiçoar o tratamento anti-hipertensivo, é importante formar uma aliança terapêutica entre o profissional e o paciente, sendo o profissional um conselheiro e facilitador, tornando-os empoderados no seu processo de adesão ao tratamento¹¹.

REFERÊNCIAS

1. Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba: SMS;2004.
2. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório do Programa de Hipertensão da Unidade de Saúde Cajuru. Curitiba: SMS;2007.
3. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório do Programa de Hipertensão da Unidade de Saúde Cajuru. Curitiba: SMS;2006.
4. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Doenças e Agravos não transmissíveis no Estado do Paraná. Curitiba: SMS;2006.
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006. [on line] [acesso em: 05 set 2006]. Disponível em <http://www.sbh.org.br>.
6. Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Hipertensão. 2004;7(3):90-2.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS – Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.
8. Sociedade Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Calcule seu IMC. 2007. [online] [acesso em: 26 mai 2007]. Disponível em: www.abeso.org.br.
9. Magnabosco P, Tavares DMS. Educação em Saúde: contribuição na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev técnica-cientif enferm. 2005; 3(11):290-7.
10. Gusmão JL, Mion DJ. Adesão ao tratamento: conceitos. Rev bras hipertens. 2006; 13(1):23-5.
11. Araújo GBS. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev eletrônica enferm. 2006;8(2):259-72.
12. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cad saúde pública. 2004;20(4):1088-95.
13. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad saúde pública. 2005; 21(1):200-6.
14. Oliveira HM, Gonçalves MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. Rev bras enferm. 2004; 57(6):761-3.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2008/04/30
Last received: 2008/05/27
Accepted: 2008/05/28
Publishing: 2008/07/01

Address for correspondence

Ezia Maria Corradi
Prof. Benedito Conceição, 448
CEP: 82810-080 – Curitiba (PR), Brasil