

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JÉSSICA MARIA CUSTÓDIO DE OLIVEIRA SOUSA

**CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA FICHA DE ATENDIMENTO
À HIPERTENSOS EM UM SISTEMA PRISIONAL**

Mossoró/ RN

2021

JÉSSICA MARIA CUSTÓDIO DE OLIVEIRA SOUSA

**CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA FICHA DE ATENDIMENTO
À HIPERTENSOS EM UM SISTEMA PRISIONAL**

Monografia apresentada à Faculdade Nova
Esperança de Mossoró – FACENE/RN –
como requisito obrigatório para obtenção do
título do grau de licenciatura/Bacharelado
em Enfermagem.

ORIENTADOR (A): Prof. Esp. Tayssa
Nayara Santos Barbosa

MOSSORÓ/RN

2021

JÉSSICA MARIA CUSTÓDIO DE OLIVEIRA SOUSA

**CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA FICHA DE ATENDIMENTO À
HIPERTENSOS EM UM SISTEMA PRISIONAL**

Monografia apresentada à Faculdade Nova
Esperança de Mossoró – FACENE/RN – como
requisito obrigatório para obtenção do título/do
grau de licenciado/bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 01/12/2021.

Banca Examinadora

Tayssa Nayara Santos Barbosa

Prof. Esp. Tayssa Nayara Santos Barbosa
Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança de Mossoró - FACENE

Geovan Figueiredo de Sá Filho

Prof. Dr. Geovan Figueiredo de Sá Filho – FACENE- RN
Membro Avaliador da Banca

Maria Júlia Sabino da Costa

Prof. Esp. Maria Júlia Sabino da Costa – FACENE- RN
Membro Avaliador da Banca

A meu marido, filha amada
e querida, irmãos, mainha e
pais.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me fazer prosseguir a um horizonte que, com certeza, irá me proporcionar muitos e bons frutos seja no âmbito pessoal quanto profissional.

A minha família que esteve comigo aguentando ou suportando toda a ausência, nervosismo, ansiedade, tristeza e alegria, no qual passei nesse período final de construção de minha pesquisa.

A minha orientadora, que sempre me ajudou e confiou em meu trabalho permitindo total liberdade de pensamento, de reflexão e de escrita, proporcionando um processo de ensino e de aprendizagem ao qual pude vivenciar da melhor maneira possível e por ter fé e paciência de que tudo daria certo.

Aos meus amigos pessoais e do trabalho e em especial a Jéssika Barbosa por me incentivar a concluir essa tão boa e longa fase da minha vida.

Salmo 126

Aquele que leva a preciosa semente,
andando e chorando, voltará, sem
dúvida, com alegria, trazendo
consigo os seus molhos.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de natureza crônica que acomete milhares de brasileiros anualmente. Com a mudança no comportamento e estilo de vida, esse diagnóstico tem se tornado cada vez mais precoce e prevalente. Pensando nisso e na população carcerária que detém dos mesmos diagnósticos da população geral com o agravamento de estarem em reclusão e nas dificuldades da realização da consulta dentro do Sistema Penitenciário, pensou-se na produção de uma ficha de atendimento voltada para esse público. Essa pesquisa teve por objetivo a produção de uma ficha de cadastro interno para auxiliar durante as consultas de hiperdia, facilitando assim o aprazamento delas e o acompanhamento geral dos pacientes. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, na qual foi elaborada e validada uma ficha de acompanhamento de hipertensão voltada para reeducandos do sistema penitenciário, para isso foram utilizadas literaturas disponíveis em bancos de dados virtuais, manuais no ministério da saúde e a última diretriz de hipertensão arterial (2016). Como resultado foi possível a criação e validação de uma ficha de estratificação e qualificação de risco da pressão arterial para a população prisional, para isso participaram como validadores doze profissionais da área acadêmica e do setor de saúde de uma penitenciária de segurança máxima, entre eles professores mestres e doutores e profissionais que atuam na atenção básica em uma unidade carcerária de segurança.

Palavras-chave: hipertensão arterial. atenção primária à saúde. enfermagem.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a chronic disease that affects thousands of Brazilians annually. With the change in behavior and lifestyle, this diagnosis has become increasingly precocious and prevalent. Thinking about this and about the prison population that has the same diagnoses as the general population with the worsening of being in confinement and the difficulties of carrying out the consultation within the Penitentiary System, the production of a care record aimed at this public was considered. This research aimed to produce an internal registration form to assist during hyperdia consultations, thus facilitating their scheduling and general monitoring of patients. This is a descriptive study, with a qualitative approach, in which a hypertension monitoring form was created and validated aimed at re-educating inmates of the penitentiary system. For this, literature available in virtual databases, manuals in the Ministry of Health and the latest hypertension guideline (2016). As a result, it was possible to create and validate a blood pressure risk stratification and qualification form for the prison population. Twelve professionals from the academic and health sector of a maximum security prison, including professors, participated as validators. masters and doctors and professionals who work in primary care in a prison security unit.

Keywords: arterial hypertension. primary health care. nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Anatomia do coração em corte sagital.....15

Figura 2- Estratificação de Risco ao Paciente Hipertenso.....16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACH	Acidente Vascular Hemorrágico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DC	Doença Crônica
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HA	Hipertensão Arterial
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOA	Lesão em Órgão Alvo
MS	Ministério da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RPV	Resistência Periférica Vascular
TB	Tuberculose
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	14
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	15
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	16
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
2.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	18
2.5 SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL.....	19
2.6 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE HIPERTENSÃO	20
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 TIPO DA PESQUISA.....	22
3.2 PROCEDIMENTOS E COLETAS DE INFORMAÇÕES	22
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4 RESULTADOS.....	24
4.1 DESCRIÇÃO DA FICHA.....	24
4.2 BANCA DE VALIDAÇÃO.....	24
4.3 VALIDAÇÃO... ..	25
4.4 DIFICULDADES E EXPECTATIVAS.....	25
5 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
APÊNDICE A.....	29

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica que acomete milhares de pessoas anualmente, devido a diminuição dos padrões de qualidade de vida associada à mudança dos hábitos alimentares, estresse e diminuição das horas de sono. Esse diagnóstico tem sido antecipado, e muitos adulto-jovens têm sido alcançados por ela (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, conceitual a HAS como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ ou medicamentoso) superam os riscos (DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020).

O Ministério da Saúde (MS) tem buscado por meio da porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) que são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizar esse diagnóstico precoce a fim de evitar maiores sequelas da HAS nos utentes. Suas complicações podem ser além do comprometimento vascular causado pela sobrecarga da bomba cardíaca, pode levar a lesão de órgãos alvo como nos Acidentes Vasculares Hemorrágico (AVH), infarto, parada cardíaca, entre outros (MORAIS, 2013).

Para se prevenir tais complicações o diagnóstico precoce se faz essencial, todavia, apesar de haver uma preocupação recorrente para se obter o diagnóstico antecipado, muitas vezes ele é retardado por dificuldades relacionadas ao próprio sistema de saúde e também à lacunas que as diretrizes e tratados de hipertensão arterial não suprem, fazendo com que o acompanhamentos dos pacientes já diagnosticados se torne difícil ou insuficiente para atender a demanda apresentada. (BRASIL, 2006)

Por causa disso, segundo o Caderno de Atenção Básica 29, grande parte das pessoas já diagnosticadas com HAS apresentam lesão em órgãos alvo causado por abandono do tratamento medicamentoso e comportamental ou por falta de acompanhamento eficaz. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Se na população em geral existe uma dificuldade de seguir um parâmetro para acompanhamento, nas populações ocluídas que na maioria das vezes não são visadas, isso não é diferente. (RÊGO, 2021).

A HAS nas população carcerária segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial tem aumentado consideravelmente e para além dos fatores de risco já supracitados, o encarceramento por si só, gera no reeducando um sentimento de medo, apreensão, estresse e angústia, o que naturalmente faz com que sua pressão seja mais elevada. (DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL,2016).

Assim, os profissionais de saúde que tem como responsabilidade cuidar dessas pessoas em situação de encarceramento, devem ser cuidados, holísticos e criteriosos, observando as nuances que fazem ou que podem fazer com que esse paciente passe da situação de saúde comum, para uma hipertensão ou que casos já diagnosticados progridam com complicações, levando a possíveis lesões em órgãos-alvo. (BRASIL, 2006).

Todavia, se nas UBS é difícil o manejo desses pacientes, no sistema penitenciário não é diferente, pois o acompanhamento deles é trabalhoso não só por questões de segurança, mas também por entraves que envolvem os próprios protocolos institucionais e de aprazamento de consultas e o que muito facilita essa atuação são as capacitações e protocolos já existentes no contexto da educação permanente com o respaldo técnico e científico para aprimoramento do melhor cuidar (BRASIL, 2010).

A educação em saúde para a população privada de liberdade e para os profissionais que ali estão se torna um fator essencial, uma vez que esses usuários geralmente não possuem escolaridade e necessitam constantemente de informações, favorecendo assim a adesão ao tratamento e uma melhor colaboração deles, uma vez que estarão cientes dos seus quadros de saúde. (MATIAS,2020)

1.1. PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A reflexão acerca da hipertensão arterial sistêmica vem trazendo cada vez mais preocupação aos órgãos sanitários, principalmente à atenção primária à saúde, uma vez que esta é a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Muitas vezes o utente da entrada nesse processo de saúde-doença em instituições carcerárias, já sendo acarretado por patologias que se adicionam às que existem dentro dessas unidades e que podem ser tanto de cunho psicológico como por exemplo a depressão, ansiedade e síndrome de pânico, como de nível epidemiológico como tuberculose, escabiose, entre outras. Somatizado a isso, as doenças de nível crônico, como hipertensão, fazem com que o cuidar no sistema carcerário seja mais dificultoso, seja pela carga que os pacientes trazem ou seja pelas próprias questões de segurança dentro das penitenciárias. Essa pesquisa se faz importante porque além de desmembrar um fator tão crucial que é a HAS vai também mostrar fatores que dificultam e facilitam os procedimentos de enfermagem em um ambiente prisional, pois muito além do que se ver e espera de uma cadeia, o fato dos internos estarem próximos também facilita o atendimento, fazendo com que de certa formas eles sejam melhor cuidados e observados do ponto de vista holístico e integral que a enfermagem tanto busca. A ficha de acompanhamento da pressão arterial vai ao encontro da díade acompanhamento e educação em saúde, pois com ela, o paciente e os profissionais que o acompanham terão um maior entendimento da doença, facilitando assim a adesão ao tratamento e também um aumento do auto cuidado por parte dele que conhecendo o seu quadro de saúde dará mais importância, além do que a equipe de enfermagem da unidade terá mais um instrumento de trabalho ao seu favor e de forma didática e de fácil compreensão por todos. Assim, tem-se como objetivo geral a construção e validação de uma ficha de atendimento e estratificação de risco a paciente hipertensos privados de liberdade. E como objetivos específicos promover uma ficha de atendimento que facilite o acompanhamento desses hipertensos; Discorrer sobre a hipertensão arterial dentro do sistema carcerário; Criar um instrumento para facilitar o aprazamento das consultas de HAS;

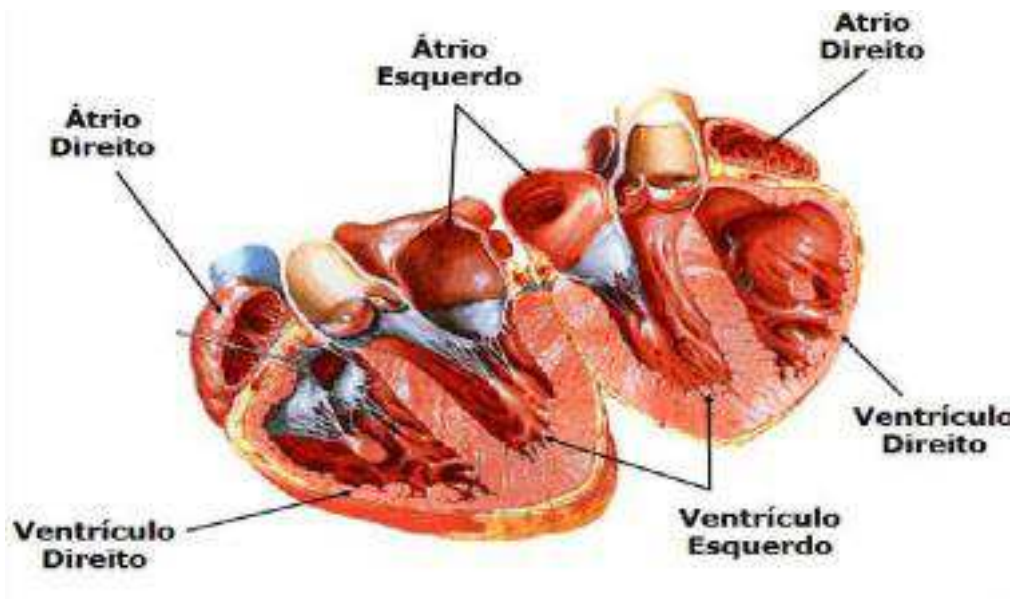
2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

O coração é um dos órgãos vitais que nunca para, adormece ou relaxa. É um dos primeiros órgãos a ser criado no início da vida e um dos últimos a cessar a sua função. Seu funcionamento acontece ininterruptamente e é promovido por um sistema vascular eficiente e único (RÊGO, 2021).

O corpo recebe o sangue por meio da veia cava superior e inferior, esse sangue provém de todo o organismo e desemboca na átrio direito, de lá por meio de uma válvula denominada de tricúspide é direcionado para o ventrículo direito onde daí é encaminhado para o pulmão, local onde ocorre a hematose. Do pulmão o sangue retorna oxigenado para o coração e adentra o átrio esquerdo, passando pela válvula mitral ou bicúspide, indo então para o ventrículo esquerdo, sendo então enviado a circulação corporal por meio da artéria aorta (MATIAS, 2020).

Figura 1- Anatomia do coração em corte sagital.



Fonte: siteauladeanatomia,2021

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica é uma alteração vascular de nível crônico, que compromete o funcionamento da bomba cardíaca, fazendo que o coração seja sobrecarregado e dessa forma não só ele mas também órgãos como cérebro, rins e pulmões. Essa irradiação patológica da doença recebe o nome Lesão em Órgão Alvo (LOA).(SALLES,2019)

O Caderno número 16 do ministério da saúde que trata de hiperdia, trás uma tabela em que é feita a estratificação de risco de acordo com o nível da pressão arterial aferida e classificada mediante os estágios da HAS, associada aos fatores de risco adicionais como por exemplo obesidade, sexo e fumo. (BRASIL,2006).

Figura 2- Estratificação de Risco ao Paciente Hipertenso

• Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal				
	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS >180 ou PAD >110
Sem fatores de risco adicionais	Sem risco adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 a 2 fatores de risco adicionais	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Alto
3 ou mais fatores de risco adicionais, LOA, CCA ou Diabetes	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: Diabete Melito; LOA: lesão em órgão-alvo

Fonte: Ministério da Saúde, 2006

O controle da Hipertensão Arterial (HA) no organismo é realizado por um complexo sistema de regulação, no qual o coração esta incessantemente tentando manter a estabilidade entre o Débito Cardíaco (DC) e a Resistência Vascular Periférica (RVP), a pressão arterial se dá justamente dessa regulação, todavia, fatores como a espessura do vaso sanguíneo, vasoconstrição e vasodilatação interferem diretamente na regulação da RVP, fazendo com que a pressão seja alterada, exigindo uma maior força motriz da bomba cardíaca, aumentando dessa forma a pressão arterial (SANJUALINI, 2002).

Como essa patologia é de nível multifatorial e não depende unicamente da fisiologia do organismo do indivíduo, mas também da clínica geral e comportamental apresentada no momento da aferição, o diagnóstico se torna complexo, sendo necessário o cumprimento dos critérios estabelecidos. Segundo o Caderno de Hipertensão Arterial, no mínimo devem ser aferidas três pressões arteriais em momentos diversos (com alteração) para que se conclua o diagnóstico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção primária à saúde é uma estratégia do Ministério da saúde lançada em 1998. Nessa época pensava-se conseguir meios para que a população tivesse mais contato e proximidade com o Sistema Único de Saúde que estava emergindo, além do que seria uma forma de desafogar a atenção secundária que comportava grande parte de todos os casos de saúde. Assim, O Manual para Organização da Atenção Básica (1998), normatizou a criação das Unidades Básicas de Saúde e convocou todos os brasileiros para que se tornassem proprietários dessa conquista.(BRASIL,1998)

O manual Organização da Atenção Básica (1998) narra que:

“Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primário nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.” (BRASIL,1998)

Tendo como primazia, princípios como: integralidade, universalidade, equidade, resolutividade e intersetorialidade, humanização e participação social,

hoje tem-se à ABS como a principal porta de entrada do SUS, abarcando grande parte de problemas de saúde da população e como maior meio de informação e prevenção de doenças infectocontagiosas e de natureza crônica e epidemiológica (MATIAS, 2020).

As equipes de saúde da família localizam-se geograficamente dentro dos bairros das cidades, podendo assim cada município ter inúmeras UBS a depender do seu quantitativo populacional. Cada UBS deve conter uma equipe básica com: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar técnico bucal, Agente Comunitário de Saúde (ACS), assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas, além dos profissionais auxiliares (RÊGO, 2021).

Hoje, a meta das UBS vai muito além de apenas desafogar o serviço. Constituiu-se o primeiro contato ao usuário com serviços essenciais para a prevenção, tratamento e recuperação da saúde na comunidade. Por meio desta, inúmeros programas são executados, a fim de garantir a essa população acesso a saúde de qualidade, e vacinas, consultas, tratamentos, exames, encaminhamento e outros muitos serviços que são oferecidos por essas unidades de saúde.(CAVALCANTE, 2020).

2.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

As doenças cardiovasculares representam a maior parcela causadora de mortes e comorbidades no Brasil e no mundo, entre elas a HAS é uma das maiores causadoras de lesões secundárias em órgãos alvo e de outras doenças como infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares. Todavia, embora seja de um agravante, as síndromes coronarianas se tratadas com antecedência e cuidado, podem fazer com que a pessoa tenha uma vida longa e boa (BARBOSA, 2019).

Segundo Brasil (1999), a atenção primária a saúde deve ser sempre a primeira porta de entrada para esse paciente, pois através dela esse usuário será recebido, acompanhado e tratado. Pensando nisso e em todo o contexto que envolve a HAS, o ministério da saúde, lançou em 2003 o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes, que é especialmente voltado para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas que pertencem a essa população portadora de hipertensão e/ou diabetes.

Segundo BRASIL (2006) ao se aferir uma pressão arterial deve-se observar alguns fatores que podem interferir diretamente na qualidade e na avaliação dessa pessoa pelo profissional de saúde.

O Caderno 26 de Hipertensão arterial, que é o reconhecido por padrão ouro para a busca de informações sobre esse procedimento no Brasil rege que ao realizar esse procedimento deve-se notar alguns critérios:

- Se o paciente está em repouso a pelo menos 15 minutos: nesse ponto baseado na atenção básica deve-se ver se a pessoa veio andando até a unidade, de bicicleta ou automóvel, dependendo disso o repouso deverá ser maior, avaliando sempre o estado geral do utente;
- Verificar se está com a bexiga vazia: quando o paciente está com a bexiga cheia, nota-se que o nível de sódio no organismo está aumentado e dessa forma mais concentrada, fazendo com que a pressão arterial se eleve e dessa forma interfira em um resultado fidedigno;
- Verificar se no braço de aferição existem cicatriz ou lesões: observa-se que pessoas que são cirurgiadas em membros superiores ou que tem alguma sequela como parestesia ou paralisia de membro ocasionada por uma AVC tem uma diminuição da circulação sanguínea no membro, fazendo com que a pressão esteja diminuída naquele local;
- Aferir a pressão em dois pontos: o caderno de hipertensão número 16 assim como a Diretriz da Pressão Arterial diz que o ideal é aferir a pressão arterial em pelo menos dois locais- de preferência braço direito e braço esquerdo, e dessa forma comparar as duas pressões arteriais e assim ter uma média da referida pressão.

2.5 SAÚDE NO SISTEMA CARCERÁRIO

O sistema penitenciário brasileiro foi construído sob uma superfície que desmorona todos os dias um pouco. Além da infraestrutura inapropriada e um quantitativo para além das vagas planejadas, a saúde nas prisões segue o mesmo fluxo de catástrofe. Somado a isso, doenças de natureza infectocontagiosas como Tuberculose (TB), escabiose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são apenas a ponta do iceberg de uma população escondida e esquecida pela sociedade (SOUZA et al., 2013).

Os profissionais que decidem por adentrar esse mundo, necessitam de atenção e capacitação para que consigam realizar o seu trabalho da melhor forma possível, para eles, para os pacientes e também para os demais servidores que convivem nessa situação (ARIANE,2014).

As dificuldades, segundo Moraes (2021), que cercam essa díade saúde doença nas penitenciárias dependem para além de aumento das vagas dentro dos presídios e de pessoal qualificado para auxiliar no tratamento, de recurso financeiros, estrutural e de material, mais do que isso, dependem de políticas públicas que se adequem a realidade enfrentada dentro do cárcere e essa realidade que condiz com diferenças sexuais, culturais e regionais

De acordo com Salles (2019) trabalhar um programa do SUS, como o hiperdia, dentro de uma unidade básica, que coexiste dentro de uma penitenciária, é um desafio gratificante, que traz uma valoração para além da financeira, pois acompanhar um paciente e vê-lo desenvolver-se bem, acaba fazendo com que ele veja que o SUS quando bem alavancado pode dar certo até além das grades.

2.6 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE HIPERDIA

De longe, não só o enfermeiro, mas toda a equipe de enfermagem que convive diariamente com o público penitenciário, são os profissionais que mais conhecem sobre a saúde do preso, assim como o seus processos de adoecimento (MATIAS, 2020).

Segundo Barbosa (2019), a equipe de enfermagem é de fato fundamental nos tratamentos de doenças crônicas nas penitenciárias, pois ela estará presente desde a aferição dos sinais vitais como pressão arterial, frequência cardíaca; como na dispensação da medicação terapêutica.

Salles (2019) em uma pesquisa realizada com um grupo de enfermeiros narra a importância da consulta de enfermagem para a adesão dos utentes ao programa de hiperdia, nela os enfermeiros foram avaliados quanto ao seu ponto de vista sobre essa temática e foi visto que o acompanhamento de rotina pelo menos de forma mensal através da consulta é crucial para um tratamento de qualidade e eficaz, principalmente daqueles pacientes que já são idosos ou de baixa escolaridade.

A consulta de enfermagem para indivíduos com pressão arterial limítrofe tem o objetivo de estimular o processo de educação em saúde para a prevenção primária da doença, por meio do estímulo a adoção de hábitos saudáveis de vida e também de avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares. (SALLES, 2019).

O enfermeiro como profissional mais próximo do cliente terá sempre um olhar holístico, não se limitando apenas a prescrições, mais enxergando o paciente e suas particularidades, podendo assim realizar ações voltadas para uma adesão completa, trazendo a realidade medidas que fazem toda a diferença, como mudanças no estilo de vida, prática de exercícios físicos regularmente, hábitos alimentares condizentes a sua clínica e o uso de terapias alternativas. Essas podem contribuir diretamente na qualidade de vida dos pacientes. (BARBOSA, 2019).

3 METODOLOGIA

3.1. TIPO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Onde foi criado um instrumento para auxiliar o acompanhamento de pacientes hipertensos privados da liberdade.

O Estudo descritivo é aquele que vai fazer uma análise do que está acontecendo e assim descrever as etapas a serem abordadas. Esse tipo de estudo não se preocupa em quantificar o produto do estudo, mas sim explicar como o estudo se comporta, assim como e os fatores que se relacionam com ele. Gil (2008) narra que:

Dentre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental etc. As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. (GIL, 2008)

A abordagem qualitativa busca proceder os seu direcionamentos baseados na situação a ser resolvida, de forma que não necessariamente se levantam números, quantidades ou porcentagens (GIL, 2008).

3.2 PROCEDIMENTOS E COLETA DE INFORMAÇÕES

A obtenção dos dados foi feita em duas etapas: a primeira etapa constitui se da elaboração da ficha; as informações obtidas para o crescimento deste trabalho foram obtidas utilizando-se as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Periódicos Capes e Scielo, PUBMED, manuais do Ministério da Saúde e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão, onde foram aplicados critérios de inclusão e exclusão para que houvesse a filtragem deles.

Assim, utilizou-se os seguintes descritores durante a busca: Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Presídio; Saúde de Pacientes Privados de Liberdade. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos com texto completo, em português,

e dos últimos 10 anos (com exceções de manuais, publicados apenas uma vez) e os critérios de exclusão: artigos que não abordavam sobre a saúde de pacientes hipertensos.

Na segunda etapa foi realizada a validação do instrumento por meio de profissionais capacitados.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Visando a dificuldade enfrentada pela equipe de enfermagem das unidades penitenciárias para realizar o acompanhamento/aprazamento das consultas de Hipertensão dos reeducandos, pensou-se então em realizar uma ficha de atendimento para as consultas de hipertensão, para que dessa forma o agendamentos e acompanhamento das mesmas fossem facilitadas.

Na planilha (anexo I) observou-se traços relacionado a identificação como o nome do paciente, data de nascimento e sexo; Dados clínicos como: o braço de aferição, peso e circunferência abdominal; Fatores de risco como antecedentes familiares, diabetes mellitus e outras cardiopatias; Fatores de risco cardiovascular como sexo, dislipidemia e idade; Também foi acionado a planilha a estratificação de risco do paciente hipertenso presente no CAD 29 que trata dos valores da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) quanto aos estágios.

Para um maior acompanhamento foi pensado em adicionar a ficha uma tabela com a data dos exames laboratoriais realizados, como hemograma, colesterol total e triglicérides, para que dessa forma a busca-ativa deles fosse vista com mais rapidez, já que é uma necessidade constante da equipe esse visual dos exames periódicos. E por fim também foi adicionada uma tabela com os medicamentos encontrados na farmácia das penitenciárias e disponibilizados pelo o SUS para as unidades básicas de saúde já que os presídios são assim cadastrados, para que nessa sejam marcados os medicamentos que o interno faz uso.

Essa ficha de acompanhamento foi desenvolvida para que seja atualizada semestralmente ou sempre que o enfermeiro tiver a necessidade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DESCRIÇÃO DA FICHA

A ficha de atendimento é composta por tabelas que trazem critérios do Ministério da Saúde, para uma boa avaliação do paciente durante as consultas de enfermagem.

Para sua elaboração utilizou-se o programa Word do Windows e nele foram criadas tabelas onde puderam ser inseridas informações como: nome do paciente, data de nascimento e sexo. Outra onde os dados informados são sobre a clínica a ser analisada como: local de aferição da PA, pressão sistólica, pressão diastólica, circunferência abdominal e peso. A seguinte é sobre os fatores de risco e concomitantes, como: antecedentes familiares de doenças cardiovasculares, IAM, AVC, tabagismo, entre outros.

Outra tabela com fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso, marcando sim ou não para: sexo masculino, idade acima ou igual a 55 anos, tabagismo e dislipidemia. Um quadro que fala sobre a estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão a órgão-alvo e de doença cardiovascular. O instrumento possui local apropriado para inserção da data de realização de exames laboratoriais, registro das consultas, queixas, observações e um quadro para acompanhamento das medicações em uso.

4.2 BANCA DE VALIDAÇÃO

A banca de validação da ficha de estratificação é composta por doze profissionais, entre eles professores Mestres e Doutores de renomado conhecimento teórico na área acadêmica da Faculdade Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN e enfermeiros que trabalham em um sistema penitenciário federal, além de um médico que é professor acadêmico e também trabalha na área prisional.

Esses profissionais foram escolhidos mediante seu grau acadêmico e área de atuação. Entre os doze validadores da Faculdade Nova Esperança de Mossoró, um é doutor, um é mestre e os outros dois possuem título de

especialista, já os seis enfermeiros que atuam na penitenciária de segurança máxima possuem título de especialista, um em auditoria e docência em ensino superior, outro em auditoria e enfermagem clínica, outro em auditoria em serviços de saúde, gestão de saúde e vigilância, outra em saúde coletiva e dois em urgência e emergência, o médico participante tem residência em saúde da família, é especialista em saúde prisional e doutorando em clínica médica.

Essa avaliação compreendeu a análise das informações contidas quanto ao conteúdo, linguagem e design. Tendo como objetivo aprovar ou não aprovar a ficha, de forma qualitativa, ou seja, dando opinião e sugestões, não atribuindo nota a ela.

4.3 VALIDAÇÃO

Na validação da ficha de hipertensão foram obtidas doze respostas, ou seja, todos os validadores convidados responderam o convite e alguns sugeriram alterações para o melhoramento dela, como: acrescentar o tempo de diagnóstico 'do paciente ou se foi diagnosticado durante o período de internação; acrescentar no campo medicações um espaço extra ao final dela para que sejam inseridas novas medicações; adicionar ao final da ficha um campo para observações gerais para a escrita de informações extras; retirar no campo de estratificação o fator hipertensão arterial, já que o paciente já se encontra hipertenso; e em fatores de risco adicionar o fator etnia como um dos fatores de hipertensão arterial.

Todas as sugestões foram recebidas e alteradas na ficha para melhoramento dela. Estando assim pronta e aprovada pelos doze validadores para a apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

4.4 DIFICULDADES E EXPECTATIVAS

As dificuldades enfrentadas durante o percurso de escrita são presentes em qualquer produção acadêmica. Na construção desse trabalho as principais dificuldades enfrentadas foram em relação ao tempo disponível para a escrita e também quanto ao recebimento da resposta de alguns validadores.

5 CONCLUSÃO

A hipertensão arterial é um fator de risco para lesão de órgãos alvo e para o desencadeamento de muitas outras doenças de natureza crônica. Apesar de inúmeros esforços para a diminuição dos agravamentos os prejuízos para o indivíduo e para o SUS são numerosos. O modo de vida, a alimentação e o estresse promovido pela mudança na qualidade de vida da pessoa favorecem ainda mais o prognóstico de milhares de utentes anualmente.

Dentro das penitenciárias- na sua maioria- onde o SUS não chega ou onde o sistema como um todo não favorece o cuidar e o tratar, fica ainda mais difícil manter os níveis pressóricos da população que ali “mora” regulares. Toda via os esforços devem ser mantidos.

O cuidar, normalmente e geralmente já tão difícil no cotidiano comum, se torna muito fragilizado e embarreirado dentro das grades, mas nem por isso pode-se deixar de fazer o que se precisa e o que pode ser feito para que aquela pessoa já tão comprometida e estigmatizada por tantas situações adversas tenha um alívio, de que pelo menos algo está sendo feito e tem dado certo que é a sua saúde.

Estratificar e acompanhar eles por meio de uma ficha de acompanhamento de longe resolverá os problemas desse público relacionados a sua saúde, porém, com toda certeza ajudará e facilitará atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem, assim como da equipe multidisciplinar que o acompanha, fazendo que com que tenham uma visão ampla e facilitada da situação de saúde do interno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association.2017. **Guideline for the Preventions, Detections, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adulta**.2017
- BARBOSA, M.E. M. et al. **Fatores associados à adesão de adultos/idosos ao tratamento da hipertensão arterial na atenção básica**. Revista Enfermagem UERJ. Brasil. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. 3ª ed. Brasília, 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, 2010.
- CAVALCANTE, Tahissa. **Avaliação da satisfação do resultado de enfermagem Bem-estar Pessoal em idoso com doenças crônicas**. Revista eletrônica enfermagem. 2020.
- CORAÇÃO. **Aula de anatomia.com**. Disponível em: <https://www.auladeanatomia.com/novosite/pt/sistemas/sistema-cardiovascular/coracao/>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- DEPARTAMENTO DE INFORMATICA DO SUS. **SISHIPERDIA**. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/hiperelhiperrisco.asp><. Acesso em: 26 de novembro de 2013.
- Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
- MATIAS, M. C. M. KAIZER, U. A. O. SÃO- JOÃO, T. M.**Consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: cuidados às pessoas com doenças crônicas cardiometabólicas**. Revista de enfermagem da UFSM. 2020.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MORAES, Niele Silva; SOUZA, José Antonio Gordillo; MIRANDA, Roberto Dischinger. **Hipertensão arterial, diabetes mellitus e síndrome metabólica: do conceito à terapêutica**. Revista Brasileira de Hipertensão. vol. 20, pag.110-117, 2013.

Nobre F, Coelho EB, Lopes PC, Geleitete TJM. **Hipertensão arterial sistêmica primária**. Medicina (Ribeirão Preto).2013; 46(3): 256-272.

SALLES, Anna L. O. et al. **O enfermeiro e a questão da adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica**. Revista de Enfermagem UERJ. Brasil. 2019.

SOUZA, Maria da Consolação Pitanga. et al. **Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura**. Revista Interdisciplinar v.6, n.2, p.144- 151, abr/mai/jun, 2013.

RÊGO, Anderson da Silva *et al*. **Acessibilidade ao diagnóstico de hipertensão arterial na atenção primária à saúde**. Revista online de pesquisa. vol 13, página 1129-1134, jan. 2021.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Conceituação, epidemiologia e prevenção primária**. Revista Brasileira de Hipertensão, vol.17, 2010.

Vasconcelos, Tiago *et al*. **Cartilha educativa para orientação dos profissionais de saúde sobre os equipamentos de proteção individual**. Revista Eletrônica Gestão e Saúde. v. 6, n. 1, pg. 232-244, 2015.

APÊNDICE A- Versão Final da Ficha de Estratificação de Risco e Acompanhamento de Hipertensos

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
Nome	DN:	Sexo
Hipertenso desde:		

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE NA PRIMEIRA CONSULTA			
BRAÇO DIREITO	Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Peso (kg)
BRAÇO ESQUERDO	Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Circ. Abdominal (cm)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d) : Em jejum : Pós prandial:		

Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações	Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo do Miocárdio		
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias		
Diabetes Tipo 2			AVC		
Tabagismo			Pé diabético		
Sedentarismo			Amputação por diabetes		
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal		
Étnia			Outros:		

Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso	Não	Sim
Sexo Masculino		
Idade acima ou igual 55 anos		
História de DCV prematura (< 55 anos M; < 65 anos F) em parentes de 1º grau		
Tabagismo		
Dislipidemia		

Resistência à Insulina		
Obesidade (IMC > a 30 kg/m ² / CA > 102 cm em homens)		

• Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal				
	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS >180 ou PAD >110
Sem fatores de risco adicionais	Sem risco adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 a 2 fatores de risco adicionais	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Alto
3 ou mais fatores de risco adicionais, LOA, CCA ou Diabetes	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: Diabetes Mellito; LOA: lesão em órgão alvo

Exames Laboratoriais				
	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Hemograma				
Triglicerídeos				
Colesterol total				
HDL colesterol				
LDL colesterol				
Uréia				
Creatinina				
Potassemia				
Urina				
Ácido úrico				
Glicemia de jejum				
Outros:				

Consultas Realizadas						
	1º Cons.	2º Cons.	3º Cons.	4º Cons.	5º Cons.	6º Cons.
Data						
P.A.						
Peso (kg)						
Dieta						
Queixa						
Observações						

Tratamento								
Não Medicamentoso:								
Medicamentoso:								
		Comprimidos dia:						
Tipo		1/2	1	2	3	4	5	6
Hidroclorotiazida 25mg								
Captopril 25mg								
Propranolol 40mg								
Atenolol	25mg							
	50mg							
Anlodipino	5mg							
	10mg							
Enalapril								
Losartana								
Nifepidino 20mg								
Glibenclamida 5mg								
Metformina 850 mg								
Glicazida 30mg								
Outros:								

Outras observações: