

CM 053

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O MANUSEIO DE PACIENTES
HIPERTENSOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E NO POSTO
DE SAÚDE DO CORREGO GRANDE.

CONCETTA ESPOSITO
WALDEMAR DE SOUZA JUNIOR

Florianópolis, dezembro de 1989.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE CLINICA MEDICA

ANALISE COMPARATIVA ENTRE O MANUSEIO DE PACIENTES
HIPERTENSOS NO HOSPITAL UNIVERSITARIO E NO POSTO
DE SAUDE DO CORREGO GRANDE. *

AUTORES: CONCETTA ESPOSITO **
WALDEMAR DE SOUZA JUNIOR **

ORIENTADOR: PROFESSOR LUCIO JOSE BOTELHO***

* Trabalho apresentado no internato médico
semestre 89/2.

** Doutorandos da 12a. fase do curso de medicina

*** Professor Adjunto IV do Departamento de Saúde
Pública do Centro de Ciências da Saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Lúcio José Botelho pela disponibilidade com que orientou e estimulou a elaboração deste trabalho.

Para Eliézer, que com muita compreensão, acompanhou o desenvolvimento de nossas idéias.

E aos funcionários do Serviço de Arquivos Médicos do HU, que gentilmente possibilitaram a coleta de dados.

SUMARIO

RESUMO	2
INTRODUCAO	3
CASUISTICA E METODOS	6
RESULTADOS	10
DISCUSSAO	16
ABSTRACT	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	21

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica, é uma enfermidade que pode exigir assistência em todos os três níveis de atenção de saúde.

O presente trabalho levantou informações epidemiológicas de 89 pacientes hipertensos diagnosticados e acompanhados nos ambulatórios de Clínica Médica, não especializada, do Hospital Universitário e de 10 pacientes hipertensos diagnosticados e acompanhados no Posto de Saúde do Corrego Grande, no período do Janeiro a junho de 1988.

Através da aquisição destes dados, delineou-se um perfil de como estes pacientes são manuseados em ambos os serviços, abordando os aspectos considerados de interesse para o acompanhamento e avaliação dos portadores da doença.

Constatou-se que 70,66% dos pacientes do HU e 40% dos pacientes do PSCG, receberam o diagnóstico e medidas terapêuticas já na primeira consulta.

A dieta com restrição salina foi o método de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica empregado em 15,19% dos pacientes do HU e em 10% dos pacientes do PSCG. Um medicamento foi utilizado em 54,43% dos pacientes do HU e em 20% dos pacientes do PSCG. A dieta com restrição salina associada a um medicamento foi prescrita para 29,12% dos pacientes do HU e 70% dos pacientes no PSCG. EM uma paciente(1,26%) no HU, adotou-se conduta conservadora.

A média de consultas por pacientes no HU foi de 2,6 e no PSCG foi de 8,4 durante o período estudado.

Foi observado que dos 89 pacientes que realizaram uma consulta inicial no HU, somente 22(24,72%) continuaram frequentando este local durante e após o período estudado. Este fato não foi observado no PSCG.

INTRODUÇÃO

Denomina-se hipertensão arterial aquela situação clínica que se caracteriza por elevação dos níveis tensionais acima dos valores normais da pressão arterial sistêmica. A hipertensão arterial é moléstia de múltiplas etiologias, fisiopatogenia multifatorial e pode ou não, no momento de sua detecção, ser acompanhada de lesões em seus órgãos alvo (vasos, coração, cérebro, retina, rins, etc.).(15)

Com base nos dados populacionais do Brasil de 1985, pode-se estimar a existência de 8.100.000 hipertensos adultos (idade maior ou igual a 20 anos), sendo, portanto, a hipertensão arterial no Brasil, entre as doenças crônico-degenerativas, a mais prevalente, constituindo-se num problema de saúde pública no país. (10)

A definição dos limites de pressão arterial que caracterizam a presença de hipertensão é ainda discutível. A Organização Mundial de Saúde recomenda valores iguais ou acima de 160 mmHg para a sistólica e 95 mmHg para a diastólica.(10) Em outros estudos, considera-se como limite superior de normalidade na idade adulta, níveis tensionais de 140/90 mmHg. Admite-se que para se caracterizar uma situação de hipertensão arterial, a pressão arterial foi aferida no mínimo duas vezes, em situações diferentes. (1)

A classificação etiológica da hipertensão arterial é dividida em primária ou essencial, onde não se detectam outras patologias que possam explicar a elevação tensional e, geralmente, a única alteração documentável será a elevação dos níveis pressóricos, e em secundária, onde se encontram causas renais, renovasculares, endócrinas, medicamentosas, etc, que justificam o aumento dos níveis tensionais.(15)

Quanto à forma clínica, a hipertensão arterial sistêmica pode ser lábil, cujos níveis pressóricos flutuam ora em níveis hipertensivos, ora em normotensivos e fixa, quando os níveis pressóricos entiverem sempre acima dos níveis normais. O processo hipertensivo também pode ser classificado em limitrofe (85mmHg < PAD < 89mmHg), leve (90mmHg < PAD < 104 mmHg), moderado (105mmHg < PAD < 115mmHg), e severo (PAD > 115mmHg). (1)

Após caracterizar-se um paciente como sendo portador de hipertensão arterial sistêmica, o mesmo deve ser submetido a um acompanhamento clínico laboratorial, visto que o paciente bem avaliado e acompanhado sofrerá menos frequentemente os agravos e complicações da doença e terá uma melhor qualidade de vida.

Pode-se dizer que com a terapêutica atualmente disponível consegue-se a redução da pressão arterial na quase totalidade dos hipertensos desde que o paciente cumpra o tratamento e que a terapêutica seja acessível ou em disponibilidade para o indivíduo. Embora a terapêutica anti-hipertensiva seja eficaz, questiona-se a eficiência da mesma. Atualmente no Brasil, estima-se que cerca de 50 a 70% dos pacientes hipertensos desconheçam o seu diagnóstico e portanto não têm acesso à terapêutica. O não diagnóstico da hipertensão arterial, ocorre até mesmo nos pacientes que tem acesso ao sistema de saúde. (9, 10)

Considerando-se que o manuseio e o tratamento do paciente hipertenso pode se realizar, eventualmente, em três níveis de atenção à saúde, far-se-á uma breve descrição das atribuições e características de cada setor.

Atualmente, tenta-se no Brasil, uma orientação e um planejamento global, sistematizado, do setor saúde, cujos marcos político e conceitual foram estabelecidos na VIII Conferência Nacional de Saúde. Tendo como ponto de partida essas resoluções, investe-se na criação de um sistema único de saúde, hierarquizado e de níveis de complexidade crescente, onde a base operacional deste novo sistema estaria centrada em atenção primária e a partir daí, se processar a integralidade das ações com os demais níveis.

Endende-se por atenção primária, o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, e se aplicada adequadamente, influirá no funcionamento do resto deste sistema, do qual será a grande porta de entrada. As suas atividades básicas são: promoção da saúde, proteção à saúde, atendimento global do paciente, vigilância epidemiológica e atividades administrativas. A equipe de trabalho neste setor, deve ser integrada por múltiplos profissionais. Deve dispor de serviços preventivos e curativos, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e medicamentos básicos.

A partir de situações específicas serão definidos progressivamente os níveis hierárquicos sucessivamente superiores, de acordo com a oferta existente de serviços e expansões projetadas e as necessidades de assistência nesses níveis.

Nos níveis secundário e terciário prestar-se-ão serviços de maior complexidade. Nestas unidades serão encontrados profissionais da área da saúde especializados, recursos técnicos, diagnósticos e terapêuticos mais sofisticados, a fim de resolver os casos encaminhados nas unidades básicas de saúde. Ainda no terceiro nível há capacitação para internações hospitalares, quando estas forem necessárias. Encontrar-se-ão também, serviços de emergência para atendimento de situações específicas e não para funcionarem como porta de entrada do sistema de saúde.

Finalmente, para operacionalizar este sistema, é necessário haver referência e contra-referência entre os três níveis, de maneira a se organizar de baixo para cima um sistema hierarquizado e eficiente.

O fato de ser hipertensão arterial sistêmica, uma enfermidade que é classicamente atendida em todos os três níveis propostos, fez-nos escolhê-la para um estudo comparativo entre o atendimento em locais de complexidade primária e terciária.

O presente trabalho tem por objetivo levantar informações epidemiológicas dos pacientes hipertensos diagnosticados e acompanhados no Posto de Saúde do Córrego Grande e daqueles diagnosticados e acompanhados nos ambulatórios de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Através da aquisição destes dados, tenta-se delinear como são manuseados estes pacientes em ambos os serviços, abordando-se aspectos considerados de interesse para o acompanhamento e avaliação dos portadores da doença.

CASUISTICA E METODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, do tipo transversal, que seleciona pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), cujo diagnóstico foi realizado no período de 10. de janeiro a 30 de junho de 1988, em dois locais: POSTO DE SAÚDE DO CORREGO GRANDE E HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC).

O Posto de Saúde do Corrego Grande (PSCG) está situado no bairro que recebe o mesmo nome, e vincula-se à Divisão de Saúde Pública do Hospital Universitário, mantendo também convênio com a Prefeitura Municipal de Florianópolis. Tem como característica básica a prestação de serviços a nível de atenção primária. Além disso, serve para treinamento de acadêmicos da área da saúde, já que é um posto-escola. (12)

O Hospital Universitário (HU), é regido pelo estatuto da UFSC, sendo um órgão suplementar deste organismo, diretamente subordinado à reitoria. Tem as finalidades de assistência, ensino, pesquisa e extensão. Está localizado no bairro Trindade e desenvolve atividades de maior complexidade, que hierarquicamente estão centradas a nível terciário. Como assistência médica-ambulatorial, o HU mantém um serviço de atenção primária para assistir aos funcionários e estudantes da UFSC, e 38 ambulatórios de Clínica Médica para atender a população em geral. (12)

Sendo o objetivo do trabalho analisar o manuseio de pacientes portadores de HAS nestes dois serviços, optou-se para metodização da amostra restringir o estudo a pacientes que frequentaram os ambulatórios de Clínica Médica não especializada do HU, excluindo aqueles que por algum momento foram acompanhados por especialistas.

Desta maneira, compilou-se os dados de 10 pacientes diagnosticados no período já especificado no PSCG, e de 69 pacientes no HU. Foram considerados todos os prontuários de pacientes, nos quais continham o diagnóstico de HAS.

Os seguintes dados protocolares foram analisados:

- sexo, idade, procedência;
- método de obtenção do diagnóstico;
- abordagem terapêutica inicial;
- sistema de anotação dos dados obtidos;

- frequência de comparecimento ao serviço;
- condições de acessibilidade ao serviço;
- local de controle do níveis tensionais;
- realização de anamnese, exame físico e exames complementares para avaliação inicial;
- abandono ao tratamento.

Para confirmar a homogeneidade epidemiológica entre os dois grupos foram relacionados os seguintes critérios: sexo, idade e procedência, que submetidos ao teste do "t student" confirmaram não haver diferença significativa entre os mesmos. (Tab 1 e 2)

- Para melhor elucidação, dividiu-se procedência em:
- Bairro: pacientes procedentes do bairro onde localizam-se os estabelecimentos em estudo;
 - Florianópolis: pacientes procedentes de outros bairros da cidade;
 - Grande Florianópolis: pacientes procedentes das cidades que formam este conglomerado;
 - Outras localidades: pacientes procedentes das cidades do interior do estado.

TAB 1 - Distribuição dos pacientes no ambulatorio do HU, segundo o sexo e a procedencia. Fpolis, 1989.

IDADE	M A S C U L I N O			F E M I N I N O		
	BAIRRO FPL	GDE FPL	OUTROS	BAIRRO FPL	GDE FPL	OUTROS
20 - 29	—	2	—	—	1	—
30 - 39	2	3	—	2	2	—
40 - 49	1	1	—	2	8	3
50 - 59	—	4	3	2	7	4
60 - 69	1	1	1	2	4	2
70 -	—	—	1	3	4	2
TOTAL	4	11	5	11	27	11

FONTE: SAME do HU

"t" STUDENT 0,05 < p < 0,01

TAB 2 - Distribuicao dos pacientes no ambulatorio do Corrego Grande segundo o sexo. Fpolis, 1989.

IDADE	MASC	FEM
20 - 29	—	—
30 - 39	—	—
40 - 49	—	—
50 - 59	2	2
60 - 69	2	2
70 -	1	1
TOTAL	5	5

FONTES: Arquivos do ambulatorio

"t" STUDENT 0,05 < p < 0,01

OBS.: Todos os pacientes são procedentes do próprio bairro.

Fixou-se como data limite para análise da frequência de comparecimento ao serviço, o prazo de um ano a partir da primeira consulta médica.

A abordagem terapêutica inicialmente instituída para o manuseio do paciente hipertenso foi avaliada conforme os critérios a seguir:

- dieta;
- medicamento;
- associação entre os anteriores.

Não foram adotados outros critérios, por não se observar em ambos os locais, nenhuma outra medida ou orientação auxiliar para o tratamento da HAS.

Como parâmetro de controle inicial da pressão arterial, foi utilizado a constatação de níveis tensionais dentro dos limites da normalidade, na entrevista médica subsequente à primeira intervenção terapêutica.

Não foi objetivo analisar a eficácia do tratamento, uma vez que o tempo de estudo foi limitado e a frequência dos retornos foi pequena em um dos locais analisados.

Os pacientes hipertensos foram classificados, respectivamente, em HAS leve, moderada e grave, segundo os critérios preconizados pelo "Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - 1988". (1)

Considerou-se história zclínica e exame físico completos, àqueles pacientes que em seus prontuários

contemplavam os requisitos propostos pela literatura em questão.(1, 14, 16)

A rotina laboratorial mínima para complementar a investigação do paciente hipertenso foi: hemograma, urinálise, ECG, dosagens séricas de uréia, creatinina, sódio, potássio e ácido úrico.(1, 16)

RESULTADOS

O estudo revelou que em todos os pacientes submetidos à análise, nos referidos ambulatorios, o diagnóstico de HAS foi eminentemente clínico, baseado na aferição da pressão arterial (PA) pelo método convencional - medida indireta através do esfigmomanômetro.

Dentre os pacientes que frequentaram os ambulatorios do HU, 70 (78,66%) tiveram o diagnóstico de HAS concluído através da aferição da PA em uma única situação, ou seja, durante a primeira consulta médica realizada, onde também foi iniciado o tratamento. Para os 19 pacientes restantes (21,34%) adotou-se conduta expectante, solicitando a estes que retornassem em outra consulta, onde então, seria confirmada, numa segunda oportunidade, a elevação constante dos níveis pressóricos.

Quanto ao PSCG observou-se que na primeira consulta de 4 pacientes (40%) já foi concluído o diagnóstico de HAS e para 6 pacientes (60%) o diagnóstico foi firmado após aferição da PA em situações diferentes. Salienta-se que foi orientado para este grupo de pacientes que retornassem ao ambulatório diariamente, geralmente por uma semana, para ter a PA aferida e anotada. Após este pequeno período, nova consulta era realizada, sendo que o profissional poderia avaliar variações ou níveis tensionais constantemente elevados, firmando diagnóstico com maior fidelidade.

Observou-se que para 19 pacientes no HU foi adotada uma conduta expectante antes de impor alguma medida de controle para os níveis pressóricos. Dentre estes, 10 pacientes não mais retornaram às consultas, portanto, nenhuma terapêutica pode ser empregada. Para os 79 pacientes que continuaram a frequentar os ambulatorios, as seguintes medidas foram adotadas como intervenção terapêutica inicial:

- A dieta com restrição salina foi o método de controle para HAS prescrito para 12 pacientes (15,19%).

Neste grupo, 7 pacientes (58,39%) tiveram sua PA controlada quando avaliados no retorno ao ambulatório. Nestes pacientes não foi necessário acrescentar outros métodos terapêuticos.

Em dois pacientes (16,66%) não se obteve redução dos níveis tensionais somente com a restrição de sal na dieta, sendo

então associado um diurético tiazídico (Hidroclorotiazida) em ambos os casos, havendo boa resposta terapêutica.

Três pacientes (25%) não mais voltaram para acompanhamento posterior, por conseguinte não foi possível reavaliar a conduta.

- Em 43 pacientes (54,43%), foi utilizado um medicamento para intervenção inicial no manejo dos níveis pressóricos.

A PA foi controlada inicialmente em 15 pacientes (34,88%) e os medicamentos empregados são apresentados no Quadro 1.

Em 17 pacientes (39,54%) não houve regularização dos níveis tensionais, sendo estabelecida nova conduta na entrevista subsequente. Os medicamentos utilizados na primeira e segunda intervenção com os resultados constatados são demonstrados no Quadro 2.

QUADRO 1 - Relação entre fármacos utilizados na primeira intervenção e o número de pacientes que obtiveram controle de PA. Fpolis, 1989

MEDICAMENTO	No. PCTES
HCT	6
HCT + Amilorida	2
Clortalidona	2
Metil - dopa	2
HCT + Clonidina	1
HCT + PPN	1
Furosemida	1
TOTAL	15

FONTE: SAME HU

QUADRO 2 - Relação entre fármacos utilizados na primeira e segunda intervenção e o número de pacientes, com os respectivos resultados. Fpolis, 1989

1a. INTERVENÇÃO MEDICAMENTOSA	2a. INTERVENÇÃO MEDICAMENTOSA	NUMERO DE PACIENTES	RESULTADOS OBTIDOS
HCT	HCT + amilor	1	Controle
HCT	HCT + amilor	1	n/controle
HCT	HCT + amilor	1	Abandono tto
HCT	HCT + amilor	1	Abandono tto
HCT	Clonidina	1	Controle
HCT	Clonidina	1	n/controle
HCT	PFN	1	Controle
Metil dopa	Clortalidona	1	Abandono tto
Enalapril	HCT + amilor	1	Controle
Clortalidona	Clonidina	1	n/controle
PFN	Aumento da dose	1	Controle
Nifedipina	Aumento da dose	1	n/controle
Furosemida	Clonidina	1	Controle
HCT + metil dopa	PFN	1	Controle
HCT + amilor	HCT	1	Controle
HCT + amilor	Clortalidona	1	Abandono tto
PFN	Nifedipina	1	Abandono tto

Fonte: SAME HU

Nesta parcela da amostra, observou-se que 11 pacientes (25,58%) não retornaram para reavaliação do tratamento empregado.

- A primeira intervenção terapêutica em 23 pacientes (29,12%) foi a prescrição de uma dieta hipossódica associada a um medicamento. O controle da PA foi observado, inicialmente, em 13 pacientes (56,52%). Neste grupo, os medicamentos associados à dieta foram a Hidroclorotiazida em 12 pacientes (92,30%) e a Amilorida em associação com Hidroclorotiazida em 01 paciente (7,70%).

Contudo, esta medida não foi eficaz para 05 pacientes (21,74%), sendo que os medicamentos empregados na primeira e segunda intervenção com os resultados são demonstrados no Quadro 3.

Constatou-se que 05 pacientes (21,74%) não retornaram para acompanhamento, não sendo possível apreciar a medida estabelecida.

- Em uma paciente (1,26%) adotou-se conduta conservadora, não sendo instituído nenhum método citado anteriormente.

QUADRO 03 - Relação dos fármacos associados a dieta, utilizados na primeira e segunda intervenção e o número de pacientes, com os respectivos resultados. Fpolis, 1989

1a. INTERVENCAO MEDICAMENTOSA	2a. INTERVENCAO MEDICAMENTOSA	NUMERO DE PACIENTES	RESULTADO
HCT	HCT + amilor	1	Controle
HCT	PPN/HCT + amilor	1	Controle
HCT	NIFEDIPINA	1	Controle
HCT + amilor	HCT	1	Abandono tto
HCT + CLONIDINA	HCT + amilor	1	Abandono tto

FONTE: Same - HU

Quanto ao processo hipertensivo, dentre estes 79 pacientes encontrou-se 46,83% de hipertensos leve, 37,98% de hipertensos moderado e 15,19% de portadores de HAS severa.

Com relação ao manuseio dos pacientes hipertensos no PSCG observou-se que:

- A dieta com restrição salina foi a medida terapêutica inicialmente utilizada em um paciente(10%), havendo controle dos níveis pressóricos.

- Um medicamento, como conduta inicial de controle, foi empregado em 02 pacientes(20%).

Em um paciente(50%) houve normalização da PA, sendo a Clortalidona o fármaco utilizado.

Não houve controle em um paciente(50%). A droga inicialmente empregada foi a Clortalidona e posteriormente houve associação com Beta-bloqueador(Propranolol), com bom resultado terapêutico.

- Em 07 pacientes(70%) a dieta hipossódica foi prescrita em associação com um medicamento.

A PA foi normalizada com esta conduta em 05 pacientes(71,42%), dentre estes pacientes, 04 utilizaram Hidroclorotiazida e um paciente utilizou a Clortalidona.

Não houve controle da PA em 02 pacientes(28,58%). Os medicamentos utilizados na primeira e segunda intervenção, bem como os resultados são apresentados no Quadro 4.

QUADRO 4 - Relação dos fármacos associados à dieta, utilizados na primeira e segunda intervenção e o número de pacientes com os respectivos resultados. Fpolis, 1989

1A. INTERVENCAO MEDICAMENTOSA	2A. INTERVENCAO MEDICAMENTOSA	NUMERO DE PACIENTES	RESULTADOS OBTIDOS
HCT	Metil dopa	1	Controle
HCT	Metil dopa + PPN	1	Controle

FONTES: Arquivos do ambulatorio CG

Neste grupo de pacientes encontrou-se 70% com HAS leve e 30% com HAS moderada.

Os prontuários dos pacientes foram os locais de anotação das aferições de controle em ambos os estabelecimento estudados. Contudo, para 04 pacientes que frequentavam o PSCG foi observada uma maneira peculiar de acompanhamento. Estes indivíduos aferiam diariamente a PA anotando os resultados encontrados. Os mesmos eram apresentados durante a consulta médica habitual onde tornava-se possível avaliar com maior precisão o controle destes pacientes. Estes dados também permaneciam anexados aos prontuários.

Os pacientes que foram assistidos no PSCG, também realizaram o controle dos níveis tensionais no mesmo local. Quanto aos pacientes acompanhados no HU observou-se o seguinte:

- 06 pacientes realizaram controle no ambulatório localizado próximo a suas casas;
- 18 pacientes relataram que só aferiam a PA durante as consultas médicas no HU;
- um paciente referiu que controlava os níveis tensionais em uma farmácia;
- 54 pacientes não fizeram referência ao local de controle da PA

Todos os pacientes que procuraram os serviços prestados pelo HU tiveram seu acesso mediado por consultas agendadas previamente. Em contrapartida, todos os pacientes que frequentaram o ambulatório periférico fizeram-no espontaneamente. A média de consultas por pacientes no HU foi de 2,6 e no PSCG foi de 8,4 durante o período estudado.

A anamnese e exame físico completos foram realizados em 55 pacientes (61,80%), durante a primeira consulta médica no HU. O método SOAP foi empregado em 34

pacientes(38,20%). No PSCG, em 90% dos pacientes foi realizado anamnese exame físico completos durante a primeira entrevista e somente em um paciente foi empregado o método SOAP, para obtenção da história clínica.

Uma avaliação complementar na primeira consulta foi solicitada em 82 pacientes(92,13%) no HU e em 80% dos pacientes no PSCG. Os exames mais frequentemente solicitados, são apresentados no Quadro 5. Os pacientes que não sofreram avaliação complementar inicial no PSCG, submeteram-se a esta investigação em consultas subseqüentes.

QUADRO 5 - Relacao de exames complementares solicitados na primeira avaliacao, no HU e no Ambulatorio periferico. Fpolis, 1989

EXAMES	HU	POSTO SAUDE
Hemograma	79	8
Parcial urina	81	7
Dosagem serica creat.	79	5
Dosagem serica uréia	73	5
Glicemia	71	7
Na/K	18	—
TGC	47	4
Colesterol	49	4
P fezes	76	6
ECG	73	5
ECG esforço	4	—
RX torax	59	7

FONTE: Arquivos do HU e do PSCG.

Foi observado que dos 89 pacientes que realizaram uma consulta inicial no HU, somente 22(24,72%) continuaram frequentando este serviço durante e após o período estudado. Sessenta e sete pacientes(75,28%) abandonaram o acompanhamento, sendo que 10 pacientes deste grupo(14,92%), já não retornaram após o primeiro encontro.

Este fato não foi observado para os pacientes que são assistidos no ambulatório periférico, os quais permanecem frequentando o serviço até os dias atuais.

DISCUSSÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma enfermidade que exige cuidados nos três níveis de atenção à saúde. O objeto deste estudo é relacionar a assistência dispensada aos portadores desta doença, em locais de complexidade primária e terciária.

O controle da HAS começa com a detecção e requer vigilância continuada.

A metodologia diagnóstica é um dos marcos em que se sustenta a abordagem integral do paciente portador de qualquer enfermidade. Estabelecido este diagnóstico, procedem-se as condutas mais adequadas, levando em consideração as peculiaridades individuais concernentes aos aspectos orgânicos e sociais. Por ser uma enfermidade crônico-degenerativa, a HAS requer uma assistência qualificada e abrangente visando atenuar os efeitos por ela determinados, propiciando assim uma melhor qualidade de vida. (3, 4, 7, 11, 13)

Desta forma, o primeiro passo é o diagnóstico da HAS. O Hospital Universitário (HU), já na entrevista médica inicial (78,66%), estabelece este diagnóstico. Esta medida traz consigo questões inerentes à instituição, ao médico assistente, ao raciocínio clínico e ao paciente. Inicialmente, o HU oferece serviços médico-ambulatoriais a partir de agendamento prévio. Este, sem dúvida nenhuma, é um grande impedimento ao retorno frequente destes pacientes. A grande procura em busca de um serviço mais qualificado do ponto de vista técnico e científico, alarga o intervalo das visitas subsequentes. Partindo-se desta constatação, inferimos que a medida intervencionista proposta pelo médico assistente se deva a condicionantes inerentes ao serviço, anteposta a dados literários concretos e atualmente irrefutáveis. O JOINT NATIONAL COMMITTEE, organismo que procura deliberar sobre detecção, avaliação e tratamento da HAS propõe que o diagnóstico inicial seja confirmado por no mínimo duas visitas subsequentes em que os níveis de pressão arterial diastólica sejam equivalentes ou superem 90 mmHg ou os níveis de pressão arterial sistólica sejam maiores ou iguais a 140 mmHg. (1, 9, 21)

Essa metodologia visa excluir fatores que influenciam temporariamente os níveis pressóricos. Torna-se assim evidente que o nível de pressão arterial de qualquer

indivíduo não é fixo ou imutável. Ao contrário, varia constantemente ao longo do tempo, não somente em cada fase do ciclo cardíaco, mas nas 24 horas do dia - variações circadianas -, ou em períodos maiores de tempo - variações sazonais. Consta-se dessa forma que cada indivíduo possui uma curva de pressão ou tantas pressões quantas forem medidas intermitentemente. A pressão arterial de um indivíduo deveria ser caracterizada por dados que permitissem inferir o valor clínico desta variável. Para tanto, o ideal seria a medida contínua da pressão arterial ou, pelo menos, dentro de um período de tempo finito. (9, 14) Por outro lado, Marolf e cols. afirmam que a auto-determinação do nível pressórico é um método representativo da verdadeira pressão arterial, excluindo fatores emocionais implícitos na consulta médica. (8)

Por estas razões, deturpa-se o raciocínio clínico elaborado inicialmente, visto que esta metodologia é dificultada pelo segmento incerto no que se refere à vigilância continuada. Por conseguinte, devemos procurar mensurar os riscos e os benefícios atribuíveis a esta medida inicial. As repercussões maléficas da HAS são bem conhecidas e tendem a se atenuar com o seu controle. Com a terapêutica atualmente disponível pode-se conseguir a redução da pressão arterial na quase totalidade dos hipertensos, desde que se alcance a adesão do paciente ao tratamento e que a terapêutica seja acessível para o indivíduo. Desta premissa, se vale o médico assistente, para engajar desde já o paciente num programa terapêutico. Em contra partida, é mister questionar o adiamento desta decisão para nova consulta onde o diagnóstico já estaria firmado com maior precisão, evitando o uso desnecessário destas medidas, principalmente em relação à drogas hipotensoras, desencadeadoras de efeitos colaterais. (9, 17)

Os dados apresentados no Posto de Saúde do Córrego Grande (PSCG) dão conta que 40% dos pacientes já sofrem também medidas semelhantes às do HU. A primeira consideração diz respeito que neste serviço não há o fator repressor de novas consultas sendo aparentemente desnecessária a adoção de medidas terapêuticas na primeira entrevista. Observou-se que em 60% dos pacientes houve respeito rigoroso aos passos que devem ser seguidos para se chegar ao diagnóstico preciso baseado nas variáveis já comentadas. (9, 14)

O tratamento da HAS tem como objetivo o controle dos níveis pressóricos, em níveis iguais ou inferiores a 140 mmHg de pressão arterial sistólica e iguais ou inferiores a 90 mmHg de pressão arterial diastólica. Através deste controle, ocorre redução estatisticamente significativa nos índices de morbi-mortalidade. (1, 3) O controle da hipertensão beneficia não só os pacientes com lesão nos órgãos alvo, bem como evita que a HAS se contitua, ela mesma, fator de risco para a doença cardiovascular. (3, 4, 7, 11, 13)

Os esquemas terapêuticos preconizados nos diversos trabalhos que enfocam este tema dividem-se em medidas higiênico-dietéticas e farmacológicas. (1, 2, 5, 6, 9, 10, 17, 18, 19, 20)

As medidas terapêuticas propostas aos 79 pacientes que continuaram a frequentar os ambulatórios do HU e também aos 10 pacientes do PSCG estão consoantes com as orientações dadas nos diversos trabalhos acima referidos. Na maioria dos pacientes houve controle inicial da HAS, como foi demonstrado nos resultados descritos, contudo não foi objetivo analisar a eficácia da terapêutica utilizada, uma vez que o tempo de estudo foi limitado e a frequência de retornos foi pequena, com elevado índice de abandono ao acompanhamento no HU. Este fato se deve possivelmente, a não compreensão acerca da gravidade da doença pela população (11) e/ou, ao não estabelecimento de um vínculo entre o paciente e os serviços prestados pelo HU. As medidas higiênico-dietéticas como restrição da ingesta de sódio, redução do peso corporal, redução da ingesta alcoólica, biofeedback e relaxamento não constam excetuando a primeira, nos planos terapêuticos registrados nos prontuários. Essas orientações seriam de grande auxílio, visto que devem ser as medidas iniciais para a abordagem do hipertenso leve ou moderado, os quais predominaram na amostra, antes de ser instituída uma terapêutica farmacológica. (1, 9, 14, 17)

A abordagem do paciente hipertenso, seria facilitada se uma equipe multiprofissional fosse responsável pelo "follow-up", haja visto que a terapêutica do paciente hipertenso poderá incluir alterações profundas nos seus hábitos de vida. Este dado é corroborado por trabalho que comprova a adesão maior destes pacientes quando são acompanhados por uma equipe multiprofissional. (9)

Concluindo, os passos graduais que compõem o manuseio adequado dos pacientes hipertensos, não foram respeitados por completo, em nenhum dos dois locais estudados, sendo que os fármacos foram usados como primeira medida em 80,89%.

As diferenças estruturais dos dois estabelecimentos voltam a se confrontar. Levando-se em consideração a média de frequência de comparecimento ao serviço, observa-se uma nítida facilidade de retorno dos pacientes ao posto periférico criando assim, o vínculo necessário para o sucesso terapêutico da HAS. Conclui-se, que mesmo não havendo a necessidade de uma vigilância estreita, principalmente nos casos de HAS leve e moderada (1), o paciente pode retornar com mais facilidade quando assim desejar, ou ao menor sinal de descontrole dos níveis pressóricos, ou seja, a instituição não deve funcionar como um impecilho à ação correta do profissional. Além disso, o local de acompanhamento tem os registros

necessários para uma adequada avaliação do paciente por ora descompensado. Esse dado é de suma importância, uma vez que observamos que todos os pacientes do PSCG faziam suas aferições da pressão arterial no próprio posto, enquanto que os pacientes vinculados ao ambulatório do HU procediam suas aferições nos mais diversos locais, propiciando a erros de conduta e caracterizando um risco ao perfeito controle dos pacientes.

O passo posterior ao diagnóstico, deve ser investigação minuciosa do paciente, mediante a dados de história, exame físico e exames complementares, com intuito de se detectar fatores de riscos a esta enfermidade, além de evidenciar manifestações sugestivas de HAS secundária (labilidade pressórica, início abrupto, ou início antes dos 35 anos ou início após os 55 anos). (14, 20) Os resultados denotam a franca preocupação neste sentido, uma vez que ambos os locais realizam anamnese e exames físicos completos na maioria dos casos. É importante salientar que a investigação complementar no PSCG não contemplou todos os itens para uma rotina laboratorial mínima, descritos na literatura em questão (hemograma, urinálise, ECG e dosagens séricas de sódio, potássio, uréia, creatinina e ácido úrico). (1, 16) A preocupação com esses exames foi mais frequente no HU.

Para concluir, espera-se contribuir para que todo profissional de saúde, independente de sua especialidade, compreenda que a interpretação correta do achado clínico de níveis tensionais elevados e a eleição de condutas face a um paciente caracterizado como hipertenso, tende a levar em consideração o nível da pressão arterial associada ao conhecimento dos fatores que determinam, controlam ou influenciam, bem como dos fatores predisponentes para esta elevação.

Por estas prerrogativas caracteriza-se o posto periférico como o lugar ideal para o adequado acompanhamento destes pacientes, uma vez que a sua inserção na comunidade e suas características estruturais permitem o fácil acesso do paciente. Cabe aos profissionais no posto o perfeito entendimento das variáveis impostas à população ou ao indivíduo que alteram significativamente o engajamento deste a um verdadeiro programa de atenção à HAS.

Coloca-se o HU como referência aos pacientes que necessitam atenção a nível secundário ou terciário e fornecedor de informação técnica e científica ao profissional atuante no posto.

Deve-se portanto, estabelecer atribuições específicas nos diversos níveis de atenção à saúde, qualificando-os e os integrando, propiciando assim uma ação conjunta, protocolar e estruturada do paciente hipertenso.

ABSTRACT

High Blood Pressure is a disease that may need medical care in the three health levels.

Eight nine diagnosed patients for High Blood Pressure were epidemiologically followed-up by internal doctors in a not specialised ambulatory at the University Hospital (UH), and ten were diagnosed and followed-up at Corrego Grande Ambulatory (CGA), between January, 1st and June, 30th, 1988.

Main aspects concerning the evaluation and follow-up were made based on the data obtained and a profile between both groups was obtained.

It was found that 70,66% of ten patients at the UH and 40% of the patients of the Ambulatory were diagnosed and treated in the first appointment.

In 15,19% of the patients in the UH diet with saline restriction was instituted against 10% of the patients in the CGA. The association of both diet and drug was prescribed to 29,12% of the patients from UH and 70% of the patients from CGA. In one patient (1,26%) of the UH the conservative conduct was adopted.

The medium per-person appointment in UH was 2,6 against 4,4 in the CGA.

Between 89 patients who had their initial appointment at UH only 22 (24,72%) frequented that hospital during and after the study, fact that not observed at CGA.

BIBLIOGRAFIA

1. 1988 JOINT NATIONAL COMMITTEE. The 1988 report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch. Intern. Med., 148(5):1023-1038, 1988.
2. ANDREOLI, T.E., CARPENTERÉ, C.C.J., PLUM, F., SMITH, L.H. Arterial Hypertension. Cecil Essential of Medicine. 2a. ed. Philadelphia, 1990. Igaku-Shoin/Saunders International Edition. Cap. 228, p. 203-208.
3. BRITOV, A.N. et al. Medical Efficacy of a Cooperative Prevention Programme of Arterial Hypertension. Cor Vasa, 30(2):97-104, 1988.
4. COOPER, E.S. Effective Control of Hypertension-Editorial. Mayo Clin. Proc. 63:732-735, 1988.
5. KAPLAN, N. Therapy of Hypertension. In — The Medical Clinics of North America. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1987, vol. 71(5):921-930.
6. KAPLAN, N.M. Therapy for mild hypertension: toward a more balanced view. JAMA, 249:365-367, 1983.
7. MACIAS, I. et al. The Effect of a Community Hypertension Control Program. Hypertension, 11(2):194-197, 1988.
8. MAROLF, A.P. et al. Comparison os Casual, Ambulatory and Self-Determined Blood Pressure Measurement. Nephron, 47(1):142-145, 1987.
9. MINISTERIO DA SAUDE. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Controle da Hipertensão Arterial: Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço. Brasília, 1988
10. MINISTERIO DA SAUDE. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Brasília, 1988. p.6-21.
11. NISSINEN, A. et al. Ten-year results of hypertension care in the community - follow-up of the North Karelia hypertension control program. American Journal of Epidemiology, 127(3):488-499, 1988.

12. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - Projeto de investigação de metodologia para aplicação em programação local de serviços de saúde - Relatório final. Florianópolis, 1988.
13. PERLOFF, D. et al. The Prognostic Value of Ambulatory Blood Pressures. JAMA, 249(20):2792-2798, 1983.
14. PRISANT, L. and CARR, A.A. Initial Evaluation of the Hypertensive Patient. Hypertension, 84(8):197-217, 1988.
15. RIBEIRO, A.B. Aspectos Epidemiológicos da Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro, Ed. Marques Saraiva, 1988, p. 01-08.
16. -Avaliação Clínico-Laboratorial do Paciente Hipertenso. In: Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro, Ed. Marques Saraiva, 1988, p. 27-45.
17. -Tratamento Clínico da Hipertensão Arterial. In: Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro, Ed. Marques Saraiva, 1988, p. 56-90.
18. ROCCELLA, E.J. et al. Epidemiologic Consideration in Defining Hypertension. In: The Medical Clinics of North America. Philadelphia, W.B.Saunders Company, 1987, 71(5):785-803.
19. ROSAMOND, M.D. and FIELDS, M.D. Hypertension. In: Manual of Medical Therapeutics. 26 ed. Department of Medicine Washington University School of Medicine, St. Louis, 1989, Cap. IV, p. 72-82.
20. VOUDOUKIS, I.J. A Clinical Approach to Hypertension. Angiology, 27(7):411-421, 1976.
21. WIETLISBACH, V. et al. Combining Repeated Blood Pressure Measurements to Obtain Prevalences of High Blood Pressure. Acta Med. Scand. 728:165-168, 1988.

**TCC
UFSC
CM
0053**

N.Cham. TCC UFSC CM 0053
Autor: Esposito, Concetta
Título: Análise comparativa entre o manu



972804142

Ac. 253252

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM