



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA INSTITUTO  
FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TOCANTINS  
CAMPUS ARAGUATINS  
GERÊNCIA DE ENSINO SUPERIOR E PÓS-GRADUAÇÃO  
LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

LÚCIO ANDRÉ MARTINS DA SILVA

**PERFIL DOS PACIENTES AMBULATORIAIS ATENDIDOS NO  
HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ÁGUA BRANCA - MA**

**ARAGUATINS – TO**

**2023**

LÚCIO ANDRÉ MARTINS DA SILVA

**PERFIL DOS PACIENTES AMBULATORIAIS ATENDIDOS NO  
HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ÁGUA BRANCA - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Licenciatura em Ciências Biológicas do  
Instituto Federal do Tocantins – Campus  
Araguatins, como exigência à obtenção do  
grau de Licenciado em Ciências Biológicas.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Carla Cristina da Silva

**ARAGUATINS – TO**

**2023**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Bibliotecas do Instituto Federal do Tocantins**

---

S586p Silva, Lucio Andre Martins da  
Perfil dos pacientes ambulatoriais atendidos no hospital municipal  
de são pedro da água branca - ma / Lucio Andre Martins da Silva. –  
Araguatins, TO, 2023.  
28 p. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências  
Biológicas) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do  
Tocantins, Campus Araguaatins, Araguaatins, TO, 2023.

Orientadora: Ma. Carla Cristina da Silva

1. mapeamento ambulatorial. 2. DCNT. 3. São Pedro da Água  
Branca. I. Silva, Carla Cristina da. II. Título.

**CDD 570**

---

A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio, deste documento é autorizada para fins  
de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica do IFTO com os dados fornecidos  
pelo(a) autor(a).



Ministério da Educação  
Secretaria da Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins  
Campus Araguaína

### FOLHA DE APROVAÇÃO

**TÍTULO: PERFIL DOS PACIENTES AMBULATORIAIS ATENDIDOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ÁGUA BRANCA - MA**

**AUTOR: Lucio Andre Martins da Silva**

**ORIENTADOR: Prof.ª Ms. Carla Cristina da Silva**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins, *Campus Araguaína*, como parte das exigências para a conclusão do Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas.

Aprovado em 25 de abril de 2023.



Documento assinado eletronicamente por Carla Cristina da Silva, Servidora, em 25/04/2023, às 17:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por Dany Alves do Bomfim, Servidora, em 25/04/2023, às 17:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por Maria Jesuete Araújo Costa, Servidora, em 25/04/2023, às 17:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ifto.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orcamento\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ifto.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orcamento_acesso_externo=0), informando o código verificador 1948768 e o código CRC 4AA4EED0.

À minha família: meus pais Florinda Martins da Silva e João Araújo da Silva, minha esposa Gabriela Gonçalves Ferraz e aos meus filhos André Felipe Martins Ferraz e João Otávio Martins Ferraz.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades;

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional;

Agradeço à minha família, em especial, esposa e filhos que com seu incentivo me fizeram chegar à conclusão do meu curso e começo de uma nova carreira.

*“Ensina a criança no caminho em que deve andar, e, ainda quando for velho, não se desviará dele.”*

(Provérbios 22:6)

## RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) são uma das principais causas de morte na atualidade, atingindo mais da metade da população. No Brasil, em 2019, as DCNT foram responsáveis por 54,7% das mortes e os agravos de saúde decorrentes delas por 11,5%. Assim, a implementação de políticas públicas que visem a prevenção das DCNT é de extrema relevância. Porém, essas políticas só serão eficazes a partir do mapeamento real dos indivíduos, compreendendo suas particularidades e o ambiente onde vivem. Assim, o objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil de 282 pacientes atendidos nos 15 dias iniciais do mês de setembro do ano de 2022 no ambulatório do Hospital Municipal de São Pedro da Água Branca (MA). O estudo, documental e retrospectivo, analisou as variáveis relacionadas aos sinais vitais dos usuários. Os dados foram apresentados como frequência absoluta (n) e relativa (%). A maioria dos usuários eram do sexo feminino (55%), com predominância da idade inferior a 18 anos (37%), peso informado (28%), glicemia superior a 126 mg/dl (7%), hipertensos (48%), temperatura acima de 37,8 °C (9%), frequência cardíaca normal (5%) e frequência respiratória informada (1%). A maior parte dos prontuários não apresentava as informações de sinais vitais completas. Concluiu-se que os indivíduos que procuravam atendimento ambulatorial, em maior parte, enquadravam-se no perfil de pessoas com propensão ao desenvolvimento de DCNT. Porém, mais informações são necessárias para confirmar o perfil dos indivíduos de São Pedro da Água Branca.

Palavras-chave: mapeamento ambulatorial. DCNT. Hipertensão. São Pedro da Água Branca.

## **ABSTRACT**

Chronic non-communicable diseases (NCDs) are one of the main causes of death today, affecting more than half of the population. In Brazil, in 2019, NCDs were responsible for 54.7% of deaths and health problems resulting from them for 11.5%. Thus, the implementation of public policies aimed at preventing CNCDs is extremely important. However, these policies will only be effective from the actual mapping of individuals, understanding their particularities and the environment where they live. Thus, the objective of this study was to characterize the profile of 282 patients seen in the first 15 days of September 2022 at the outpatient clinic of the Hospital Municipal de São Pedro da Água Branca (MA). The documentary and retrospective study analyzed the variables related to the users' vital signs. Data were presented as absolute (n) and relative (%) frequency. Most users were female (55%), predominantly younger than 18 years old (37%), reported weight (28%), blood glucose above 126 mg/dl (7%), hypertensive (48%), temperature above 37.8°C (9%), normal heart rate (5%) and reported respiratory rate (1%). Most medical records did not have complete vital sign information. It was concluded that individuals who sought outpatient care mostly fit the profile of people with a propensity to develop NCD. However, more information is needed to confirm the profile of individuals from São Pedro da Água Branca.

Keywords: outpatient care. NCD. hypertension. São Pedro da Água Branca.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

HA – Hipertensão Arterial

PA - Pressão Arterial

RAS - Rede de Assistência à Saúde

SNA – Sistema Nervoso Autônomo

SSVV - Sinais Vitais

VFC – Variabilidade de Função Cardíaca

## SUMÁRIO

|                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>                                           | <b>12</b> |
| <b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>                                | <b>14</b> |
| <b>2.1. Princípios Básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) .....</b> | <b>14</b> |
| <b>2.3. Sinais vitais (SSVV) .....</b>                               | <b>15</b> |
| <b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>                          | <b>16</b> |
| <b>3.1. Desenho do estudo .....</b>                                  | <b>16</b> |
| <b>3.2. Local do estudo .....</b>                                    | <b>16</b> |
| <b>3.3. Análise dos dados .....</b>                                  | <b>17</b> |
| <b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>                               | <b>18</b> |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                 | <b>25</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                             | <b>26</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Secundária (AS) à saúde é um tema pouco explorado nos meios científicos de saúde pública, tendo aumentado o interesse neste nível de atenção nos últimos anos, principalmente quando se discute a organização dos sistemas de saúde na perspectiva de Rede de Atenção à Saúde, evoluindo-se de um sistema fragmentado para processos de trabalho integrados visando maior eficiência (BRASIL, 2016).

No entanto, o termo tem sua origem há quase 100 anos, tendo aparecido pela primeira vez no informe Dawson (Inglaterra, 1920), que apresentou as expressões atenção primária e secundária, como sendo níveis de atenção em um sistema de saúde, necessário para proporcionar, de forma sistemática, os serviços de saúde que deveriam estar à disposição dos habitantes de uma determinada região. Para compor uma rede de serviços, Dawson considera importante que os profissionais não fiquem isolados, mas que possam formar uma “corrente intelectual e de camaradagem” entre profissionais de diferentes serviços, de forma a atuar na formação dos mesmos e na eficiência das unidades de saúde (OPAS, 2010).

De um modo genérico, pode-se estabelecer certa equivalência entre atenção especializada ambulatorial e AS, entretanto, notou-se que ações do escopo da atenção secundária, frequentemente, estão incorporadas nos serviços hospitalares, exigindo precaução em estabelecer essa relação como sinonímia. "Neste sentido, entende-se que as ações secundárias estariam em um conjunto mais amplo, podendo ou não envolver as atividades ambulatoriais." (CANONICI EL, 2014).

No ambulatório, a base metodológica e a operacionalização das consultas de enfermagem mantêm-se ao longo do tempo. A primeira consulta inclui a anamnese e o exame físico, registrado em prontuário manual e/ou eletrônico, elaborado de acordo com programas específicos e/ou protocolos assistenciais. Durante a avaliação do paciente são contemplados aspectos subjetivos, manifestos pelo paciente e/ou cuidador, e dados objetivos coletados através do exame físico e de exames laboratoriais. Os demais retornos do paciente denominam-se reconsultas e o registro passa a ser feito sob forma de evolução que se estrutura nos aspectos subjetivos e objetivos, interpretação e conduta (TASCA *et al*, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios básicos a universalidade, equidade e a integralidade da assistência. A integralidade pode ser entendida como

um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Na rede de Assistência à Saúde (RAS), os serviços estão distribuídos em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, e essa organização é uma estratégia para superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Municipal de São Pedro da Água Branca – MA, com o intuito de compreender as características destes indivíduos e embasar políticas públicas futuras no município.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. Princípios Básicos do Sistema Único de Saúde (SUS)**

Conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, o Sistema Único de Saúde teve início no Brasil a partir da Quinta Conferência Nacional de Saúde. Antes disso, apenas tinha direito a esse atendimento aqueles que pagavam planos de saúde privados ou contribuía para o extinto INAMPS (SUS 2006).

Vivenciamos hoje um processo de construção de novas práticas na saúde que vem acompanhadas por um conjunto de ações estratégicas realizadas pelo sistema Único de Saúde (SUS), junto ao Ministério da Saúde. Apesar de avanços e conquistas do SUS, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere à humanização, principalmente no tocante ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido na instituição hospitalar (NEVES, 2006).

Visando priorizar o atendimento com qualidade, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Humanização (PNH), através da implantação do Acolhimento, que vem a ser uma estratégia para a reorganização dos serviços em saúde.

Para Carvalho e Campos (2000), acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com objetivos de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e / ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988 no Brasil, baseia – se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (SANTOS; AMARANTE, 2011). O SUS está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional com direção única em cada esfera do governo. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social e abrange princípios básicos de atuação como universalização, equidade e integralidade (CONASS, 2007).

A universalização fundamenta - se na saúde como um direito de todos os cidadãos e o acesso a seus serviços essenciais de qualidade (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

## 2.2. A instituição hospitalar

Das instituições contemporâneas, o hospital é percebido como um dos mais impermeáveis à mudança, devido ao baixo grau de interação entre os profissionais e departamentos, fragmentação da prática clínica, grande subordinação dos usuários aos serviços e pouco governo dos gestores para atuar sobre as corporações (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Como ocorre em vários outros sistemas de saúde em todo o mundo, os desafios da assistência hospitalar no Brasil incluem o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da atenção e da segurança do paciente, a provisão de acesso a cuidados abrangentes, a coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas (PAIM *et al.*, 2011).

## 2.3. Sinais vitais (SSVV)

Os sinais vitais (SSVV) são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina do corpo. Podem servir como mecanismos de comunicação universal sobre o estado do paciente e da gravidade da doença. Esses parâmetros, medidos de forma seriada, contribuem para que o enfermeiro identifique os diagnósticos de enfermagem, avalie as intervenções implementadas e tome decisões sobre a resposta do paciente à terapêutica (POTTER *et al.*, 2011).

Conforme consta nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, as medidas de pressão arterial são satisfatórias quando a pressão arterial sistólica apresenta - se com valores abaixo de 130 mmHg e a pressão arterial diastólica valores abaixo de 85 mmHg. A frequência cardíaca é rotineiramente avaliada pelo pulso radial por um período de 60 segundos e a sua normalidade se mostra na faixa de 60-100 batimentos por minuto. A frequência respiratória tem significado semiológico quando superior a 24 incursões respiratórias por minuto a temperatura corporal apresenta faixa de normalidade entre 36 a 37 °C (CUNHA *et al.*, 2011).

Acompanhar esses parâmetros é importante pelo elevado risco de alterações nos seus limiares em decorrência do envelhecimento, considerada a fase de maior vulnerabilidade, tanto pela idade, quanto pelas comorbidades (CHURPEK *et al.*, 2015).

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1. Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo documental e retrospectivo, realizado por meio da avaliação das fichas de atendimento ambulatorial realizado no Hospital Municipal de São Pedro da Água Branca – MA. A amostragem era formada por crianças, adolescentes e idosos de ambos os sexos que procuraram atendimento ambulatorial para verificação dos sinais vitais.

#### **3.2. Local do estudo**

O município de São Pedro da Água Branca se estende por 720,5 km<sup>2</sup> e contava com 12 779 habitantes no último censo (2010). A densidade demográfica é de 17,6 habitantes/km<sup>2</sup> no território do município. Vizinho dos municípios de Vila Nova dos Martírios, Abel Figueiredo e Bom Jesus do Tocantins, São Pedro da Água Branca se situa a 35 km a Sul-Oeste de Rondon do Pará, a maior cidade nos arredores.

Situado a 215 metros de altitude, São Pedro da Água Branca tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 5° 0' 1" Sul, Longitude: 48° 17' 29" Oeste.

**Figura 1** – Localização da cidade de São Pedro da Água Branca – MA



**Fonte** – Ministério Público do Estado do Maranhão, 2018

O Hospital Municipal de São Pedro da Água Branca - MA está localizado na rua do SESP 01, centro. Atualmente conta com as seguintes atividades de atendimento: especialidade cirúrgica e clínica, obstetrícia cirúrgica e clínica, pediatria e ambulatorial.

### **3.3. Análise dos dados**

Foram avaliados 283 prontuários referentes à atendimentos ambulatoriais ocorridos no mês de setembro de 2022 no Hospital Municipal de São Pedro da Água Branca, guardando o sigilo em relação à identidade dos pacientes.

Foram avaliados 7 parâmetros extraídos dos prontuários, como sexo, idade, peso, glicemia, pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória.

Os dados foram tabulados utilizando o software Excel (Microsoft Inc.) e os gráficos foram obtidos no mesmo programa. Foram avaliados o número de ocorrências ou o intervalo de ocorrências dos dados para construção dos gráficos.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os inúmeros fatores determinantes da condição de saúde, incluem-se os condicionantes biológicos, assim como o meio socioeconômico que expressa os níveis de ocupação e renda, o acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde (NOGUEIRA VMR et al., 2007).

Foram avaliados 283 prontuários referente à atendimentos ocorridos no mês de setembro de 2022 no ambulatório do Hospital Municipal de São Pedro da Água Branca - MA.

De acordo com a análise dos dados, a maior parte dos pacientes atendidos são do sexo feminino 55%, enquanto 45% dos pacientes atendidos eram do sexo masculino.

**Gráfico 2** – Sexo dos pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Municipal de São Pedro da Água Branca – MA



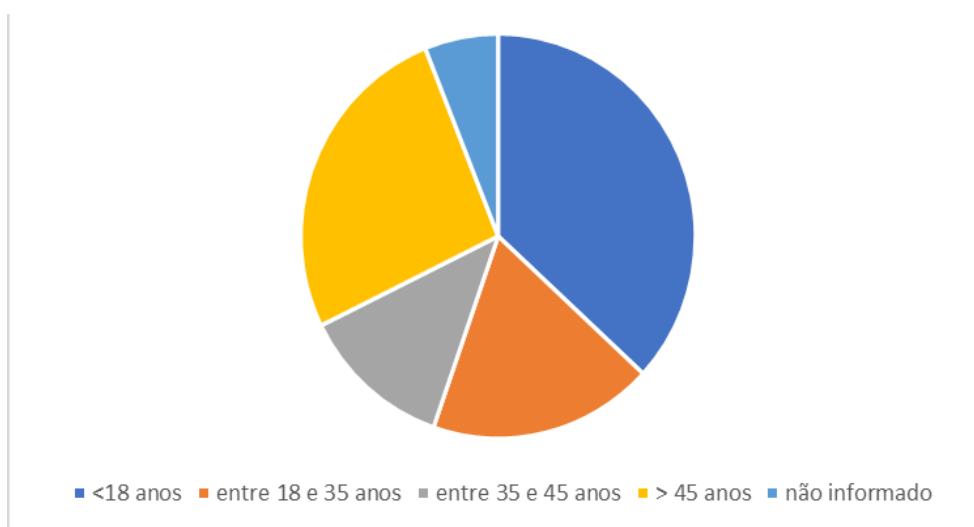
**Fonte:** Elaborada pelo autor

Em relação à análise dos dados coletados, obteve-se n=283 prontuários que se enquadram nos critérios definidos acima, para o levantamento do perfil da população atendida no ambulatório de Enfermagem, destas 55% são do sexo feminino e 45% do sexo masculino, nota-se a prevalência do sexo feminino pela procura no atendimento ambulatorial de Enfermagem. Este achado condiz com dados encontrados na literatura nacional, em que o ato de cuidar da saúde, revela-se como

uma demanda predominantemente feminina e que se distancia do cotidiano masculino, especialmente quando são considerados homens de menor poder aquisitivo e que não sofrem de doenças crônicas (TRAVASSOS et al.,2002).

Em relação à distribuição por faixa etária, nos prontuários dos pacientes, observou - se que a maioria dos pacientes tinham idade inferior a 18 anos, correspondendo a 37%, e que a faixa etária acima de 45 anos correspondeu a 26% do total das idades informadas, como podemos observar no gráfico 2.

**Gráfico 2 – Idade dos pacientes atendidos no ambulatório hospitalar**



**Fonte:** Elaborada pelo autor

Estudos indicam que a idade é um fator agravante para aumento de casos de hipertensão arterial. sendo mais frequentes e responsáveis por outras complicações de saúde em pessoas acima de 65 anos, de ambos os sexos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controle, contribuindo significativamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular (MORAES AAL et al.,2012). No Brasil, 25% da população adulta apresenta essa doença e estima-se que em 2025 esse número terá aumentado em 60%, atingindo uma prevalência de 40%. A HAS, além de ser uma das principais causas de mortes por doenças do aparelho circulatório, acarreta um ônus socioeconômico elevado, com uma vida produtiva interrompida por invalidez temporária ou permanente (MOREIRA, 2013).

Dos prontuários avaliados, a maioria (72%) não constavam a informação referente ao peso dos pacientes e somente 28% apresentavam as informações de peso, conforme podemos constatar no gráfico 3.

**Gráfico 3 –** Peso dos pacientes atendidos no ambulatório hospitalar



**Fonte:** Elaborada pelo autor

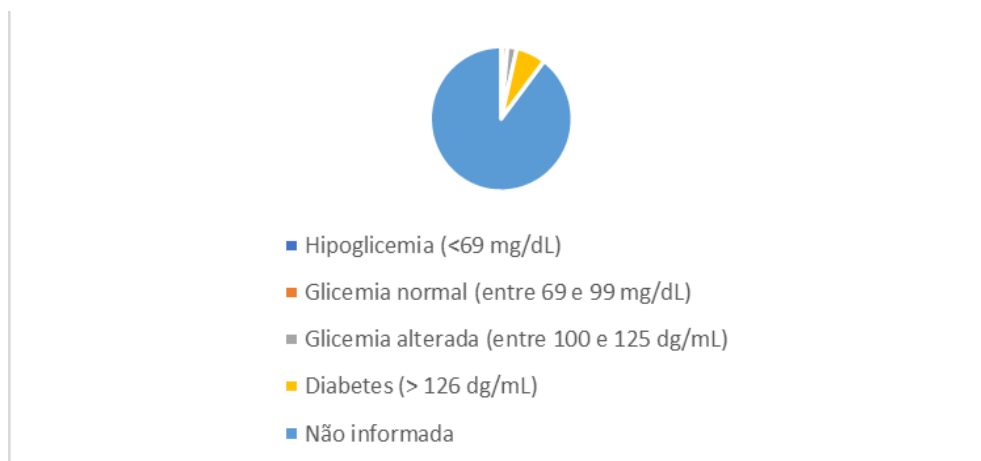
A adolescência é um estágio do crescimento e desenvolvimento acompanhado de alterações morfofisiológicas complexas, nas quais a nutrição tem um papel fundamental. É nessa fase que o indivíduo adquire 25% de sua estatura final e 50% do seu peso definitivo, constituindo um período crítico para o potencial desenvolvimento de uma obesidade, que pode persistir na idade adulta (DIETZ,1997).

De maneira indireta, o peso interfere diretamente na incidência de hipertensão arterial em indivíduos de todas as idades e ambos os sexos. Conforme Brasil (2018), o consumo de alimentos ultraprocessados associado a baixa frequência de atividade física tem intensificado o número de casos de hipertensão e outras doenças cardiovasculares.

As consequências da obesidade na infância e adolescência incluem desde puberdade precoce, distúrbios psicossociais, como baixo rendimento escolar, isolamento e rejeição pelos colegas (estigmatização), até dislipidemias, hipertensão e aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares na idade adulta. Diversos estudos têm demonstrado a associação de obesidade com o aumento da morbimortalidade experimentado pelos adultos que eram obesos quando adolescentes, fato esse que, em parte, independe do grau de obesidade do adulto (ZLOCHEYSKY et al.,1997).

A glicemia é outra informação bastante importante no mapeamento de casos de hipertensão. O gráfico 4 representa os percentuais referentes ao estado glicêmico dos pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Municipal de São Pedro da Água Branca - MA.

**Gráfico 4** – Informação do estado glicêmico dos pacientes atendidos no ambulatório hospitalar

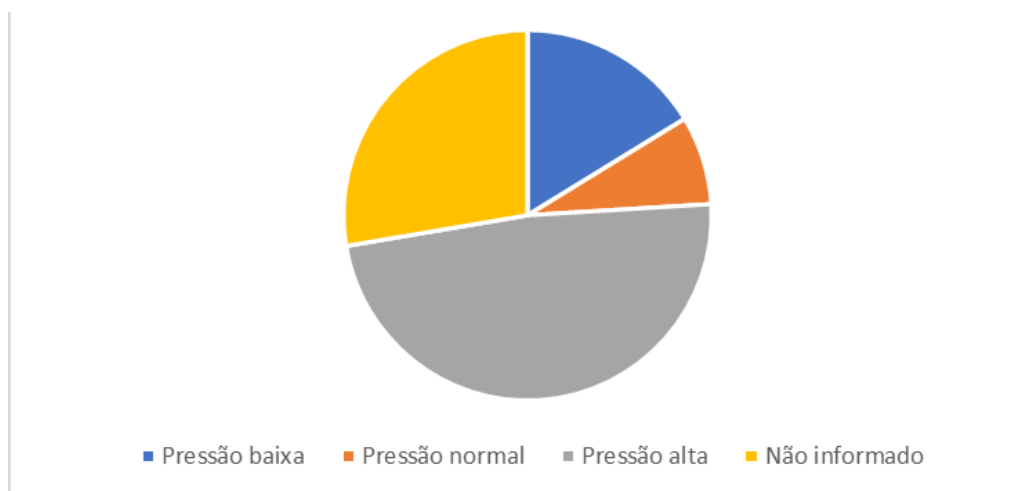


**Fonte:** Elaborada pelo autor

De acordo com os prontuários avaliados, o maior percentual de pessoas atendidas onde a glicemia foi medida apresentaram glicemia alterada e diabetes (2 e 7%, respectivamente), 2% que apresentaram glicemia dentro da normalidade e 89% que não tiveram dados de glicemia informados. A hiperglicemia crônica do Diabetes Mellitus (DM) é a principal causa do desenvolvimento das complicações microvasculares e macrovasculares, com comprometimento em diversos órgãos e sistemas. Portanto, o tratamento consiste no controle da glicemia para a prevenção e/ou retardo dessas complicações crônicas (Holman et al., 2008).

A hipertensão arterial (HA) tem sido reconhecida como o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade precoces causadas por doenças cardiovasculares. Estudos epidemiológicos indicam que níveis elevados de pressão arterial (PA) aumentam o risco de doença vascular cerebral, doenças coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal crônica (CHOBANIAN AV et al., 2003)

Os resultados referentes à aferição da pressão arterial estão representados no gráfico 5.

**Gráfico 5 – Pressão Arterial dos pacientes atendidos no ambulatório hospitalar**

**Fonte:** Elaborada pelo autor

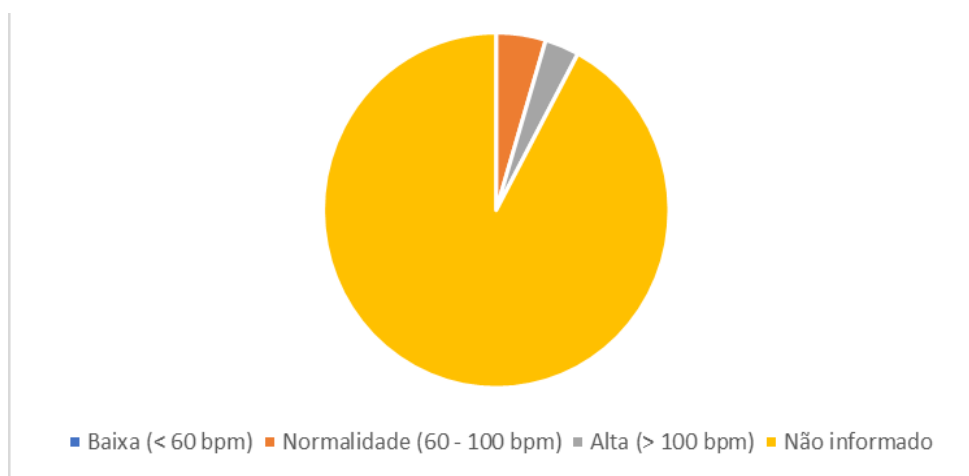
Nos prontuários, 48% dos indivíduos atendidos apresentaram pressão maior do que normalidade, contra 8% que apresentaram pressão arterial normal e 16% com pressão abaixo da normalidade. 28% dos prontuários não continham informações de pressão arterial, principal parâmetro de monitoramento da pressão arterial.

Um dos desafios na prevenção e tratamento da HA é aumentar a sua detecção, a qual se inicia com a apropriada aferição da PA. O rastreamento de níveis aumentados de PA é um procedimento que deve ser realizado pelo profissional de saúde como medida preventiva de saúde, fazendo parte do exame clínico de rotina. Esse simples procedimento pode detectar indivíduos assintomáticos com elevados níveis pressóricos, o que permite o início precoce do tratamento, seja ele farmacológico e/ou baseado em modificações do estilo de vida (WHEITON et al., 2002).

O coração e seus batimentos não possuem a regularidade de um relógio, portanto, alterações na FC, definidas como variabilidade da frequência cardíaca (VFC), são normais e esperadas e indicam a habilidade do coração em responder aos múltiplos estímulos fisiológicos e ambientais, dentre eles, respiração, exercício físico, estresse mental, alterações hemodinâmicas e metabólicas, sono e ortostatismo, bem como em compensar desordens induzidas por doenças (AUBERT, 2003)

A frequência cardíaca, outro importante parâmetro para detecção de doenças cardiovasculares, também foram monitorados, conforme gráfico 6.

**Gráfico 6 –** Frequência Cardíaca dos pacientes atendidos no ambulatório hospitalar



**Fonte:** Elaborada pelo autor

Dos prontuários avaliados, 5% apresentaram frequência cardíaca dentro da normalidade, 3% apresentaram frequência cardíaca acima do normal e 92% dos prontuários não continham a informação de frequência cardíaca.

Mudanças nos padrões da VFC fornecem um indicador sensível e antecipado de comprometimentos na saúde. Alta VFC é sinal de boa adaptação, caracterizando um indivíduo saudável com mecanismos autonômicos eficientes. Inversamente, baixa VFC é frequentemente um indicador de adaptação anormal e insuficiente do SNA, o que pode indicar a presença de mau funcionamento fisiológico no indivíduo, necessitando de investigações adicionais de modo a encontrar um diagnóstico específico (PUMPRLA et al., 20020

A frequência respiratória, parâmetro bastante monitorado em casos de doenças e síndromes respiratórias, principalmente após a pandemia de COVID-19, também teve seus dados tabulados e representados no gráfico 7.

**Gráfico 7:** Informações de frequência respiratória dos pacientes atendidos no ambulatório hospitalar



**Fonte:** Elaborada pelo autor

Somente 1% dos prontuários analisados fizeram menção da frequência respiratória, enquanto 99% (272) do total de 282 prontuários estavam com esse sinal vital sem ser citado.

O incentivo a um padrão respiratório lento pelo aumento da expansibilidade torácica mostrou-se eficaz em reduzir a pressão arterial e a frequência cardíaca em um caso de hipertensão arterial no pós-operatório de revascularização do miocárdio (PINHEIRO et al, 2011). Evidências científicas apontam que a prática de um padrão respiratório lento melhora a sensibilidade do barorreflexo em sujeitos saudáveis e em hipertensos. Assim, a modulação da respiração teria valor terapêutico no controle da hipertensão arterial.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento acerca do perfil dos indivíduos de uma determinada região é de extrema relevância para a implementação de políticas públicas bem sucedidas na área da saúde. O monitoramento dos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão é importante, em indivíduos de todas as idades. O monitoramento desses parâmetros pode indicar os caminhos da saúde em uma determinada região, podendo orientar políticas públicas de prevenção e combate à doenças crônicas e bastante recorrentes, como a hipertensão arterial, por exemplo.

A ausência destas informações pode dificultar o planejamento de ações de curto, médio e longo prazo no âmbito da saúde pública, na tentativa de minimizar a incidência destas doenças, podendo tornar estas ações mais caras e menos eficazes. A falta de informações pode dificultar a previsão de políticas públicas e tornam a administração destas doenças mais difícil, já que a gestão pública acaba ficando às cegas para o problema.

Políticas de prevenção são sempre mais bem sucedidas e menos onerosas do que de correção, e só podem ser bem sucedidas se todas as informações de determinada população forem conhecidas. A coleta dessas informações a partir de prontuários de indivíduos que, voluntariamente, procuram o serviço de saúde pública podem ser ótimas estratégias de coleta de dados de uma determinada população, já que não geram custos extras à administração pública.

## REFERÊNCIAS

AUBERT, A. E.; SEPS, B.; BECKERS, F. Heart rate variability in athletes. **Sports Medicine**, v. 33, n. 12, p. 889-919, 2003.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf). Acesso em: 18 jul. 2023.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Inovação na atenção ambulatorial especializada**. Brasília: CONASS, 2016.

CANONICI, E. L. **Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde**. São Paulo: ProadiSus, 2014

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, jun. 2000.

CHOBANIAN, A. V. *et al.* Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of High Blood Pressure. **Hypertension**, v. 42, n. 6, p. 1206-52, dez. 2003.

CHESTER, J. G.; RUDOLPH, J. L. Vital signs in older patients: age-related changes. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 12, n. 5, p. 337-43, jun. 2011.

CHURPEK, M. M. *et al.* Differences in vital signs between elderly and nonelderly patients prior to ward cardiac arrest. **Critical Care Medicine**, v. 43, n. 4, p.816-22, abr. 2015.

CUNHA, U. G. V.; VALLE, E. A.; MELO, R. A. O exame físico do idoso. *In*: FREITAS, E. V.; CANÇADO, F.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 985-1000.

DIETZ, W. H. Periods of risk in childhood for development of adult obesity. What do we need to learn? **The Journal of Nutrition**, v. 127, n. 9, p. 1884S-6S, set. 1997.  
DUPOUY, J. *et al.* Which adverse events are related to health care during hospitalization in elderly inpatients? **International Journal of Medical Sciences**, v. 10, n. 9, p. 1224-30, jul. 2013.

GIOVANELLA, L. *et al.*

Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

HOLMAN, R. R. *et al.* 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. **The New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 15, p. 1577-89, out. 2008

LORENZETTI, J. *et al.*

Gestão em saúde no Brasil: diálogo com Gestores Públicos e Privados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 23, n. 2, p. 417-25, abr./jun. 2014.

MORAES, A. A. L.; AVEZUM JUNIOR, A. O impacto da hipertensão arterial no mundo. *In*: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 11-19.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, jan. 2013.

NEVES, C. A. B. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília-DF: MS, 2006.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Washington: OPAS, 2010.

PAIM, J. S. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafio**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39645>. Acesso em: 18 jul. 2023.

PINHEIRO, C. H. J. *et al.* Efeitos dos exercícios de controle respiratório sobre a pós-carga cardíaca em pacientes hipertensos no pós-operatório tardio de revascularização do miocárdio. *In*: Encontro de Iniciação à Pesquisa da Universidade de Fortaleza, 11., 2005. **Anais...** Fortaleza, 2005.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PUMPRLA, J. *et al.* Functional assessment of heart rate variability: physiological basis and practical applications. **International Journal of Cardiology**, v. 84, n. 1, p. 1-14, jul. 2002.

SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011.

SEMAN, A. P. *et al.* Hipertermia e hipotermia. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1149-61.

SCHEIN, M. H. *et al.* Treating hypertension with a device that slows and regularises breathing: a randomised, double-blind controlled study. **Journal of Human Hypertension**, v. 15, n. 4, p. 271-8, abr. 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão. ("VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão - SciELO"). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, suppl 1, p. 1-51, 2010.

TASCA, A. M. *et al.* **Cuidado ambulatorial**: consulta de enfermagem e grupos. Rio de Janeiro: EPU, 2006.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, n. 5/6, p. 365-373, 2002.

ZLOCHEVSKY, E. R. M. Obesidade na infância e adolescência. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 14, n. 3, p. 124-33, 1996.