

Mapeamento em saúde como ferramenta para gerência do cuidado aos idosos hipertensos na atenção primária

RESUMO

Objetiva-se discutir o mapeamento em saúde como ferramenta da gerência do cuidado de enfermagem, pois permite agrupar informações e analisar situações, produzindo relações entre elas, através da localização de "objetos". Método: estudo epidemiológico descritivo, seccional, quantitativo, aplicando-se o mapeamento em saúde. Principais Resultados: predominância do sexo feminino; cor branca, seguida da cor parda e negra; a idade entre 66-71 anos representou 28% da amostra; 40,9% têm antecedentes familiares; o tabagismo mostrou-se elevado com 59,1%; e o sedentarismo foi negado por 40,9%. Conclusão: o mapeamento juntamente com as informações do perfil sociodemográfico e epidemiológico é capaz de fornecer subsídios para construção do plano de ações e cuidados de enfermagem, mais próximo a realidade e necessidades da população, devendo ser compreendido como estratégia da gerência do cuidado.

DESCRITORES: Mapeamento Geográfico; Hipertensão; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The aim is to discuss the mapping in health as a tool of nursing care management, since it allows grouping information and analyzing situations, producing relationships between them, through the localization of "objects". Method: Descriptive, cross-sectional, quantitative epidemiological study, applying the mapping in health. Main results: female predominance; White color, followed by brown and black color; The age between 66-71 years represented 28% of the sample; 40.9% have family history; Smoking was high with 59,1%; and Sedentarism was denied by 40.9%. Conclusion: the mapping along with the information of the sociodemographic and epidemiological profile may provide subsidies for the construction of the plan of actions and nursing care, closer to the reality and needs of the population, and should be Understood as care management strategy.

DESCRIPTORS: Geographic Mapping; Hypertension; Health of the Elderly.

RESUMEN

El objetivo es debatir el mapeo en la salud como una herramienta de gestión de la atención de enfermería, ya que permite agrupar información y analizar situaciones, produciendo relaciones entre ellas, a través de la localización de "objetos". Método: estudio epidemiológico descriptivo, transversal y cuantitativo, aplicando el mapeo en salud. Principales resultados: predominancia femenina; Color blanco, seguido de color marrón y negro; La edad entre 66-71 años representó el 28% de la muestra; 40,9% tienen antecedentes familiares; El tabaquismo fue alto con un 59, 1%; y el sedentarismo fue negado en un 40,9%. Conclusión: El mapeo junto con la información del perfil sociodemográfico y epidemiológico es capaz de proporcionar subsidios para la construcción del plan de acciones y cuidados de enfermería, más cerca de la realidad y las necesidades de la población, y debe ser Entendida como estrategia de gestión de la atención.

DESCRIPTORES: Mapeo Geográfico; Hipertensión; Salud de los Ancianos.

Marina Gomes dos Santos

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde - EEAAC/UFF. Enfermeira no Programa Médico de Família de Niterói/RJ.

Bárbara Pompeu Christovam

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente EEAAC/UFF. Pesquisadora na área de Desenvolvimento Tecnológico da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ. Niterói-RJ, Brasil.

Vinícius Mendes da Fonseca Lima

Enfermeiro. Especialista em Estratégia de Saúde da Família – ENSP-Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Coordenador de Área no Programa Médico de Família de Niterói/RJ.

INTRODUÇÃO

A técnica de mapeamento em saúde, como ferramenta de territorialização, vem sendo amplamente difundida e implementada em diferentes campos da saúde, especialmente na atenção primária. O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, destaca-se que é fundamental identificar e interpretar a organização e dinâmica das populações que nele habitam, as suas condições de vida e as diferentes situações ambientais que os afetam.

O território se constitui da acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de saúde e doenças. Para conhecê-lo, é fundamental que as equipes de saúde realizem o mapeamento, a fim de identificar as condições de vida, as necessidades de saúde, os riscos coletivos e as potencialidades deste território⁽¹⁾. Ou seja, a territorialidade orienta as ações em saúde a partir dos conceitos de integralidade e desinstitucionalização à medida que desloca as ações para o contexto social dos usuários, em sua existência concreta, na complexidade do contexto de vida, além dos limites físicos da unidade de saúde e suas organizações pouco maleáveis. Portanto, torna o território um princípio organizador das práticas de cuidado sob o pressuposto ético, além de ser um princípio técnico⁽²⁾.

Desta forma, o território pode ser compreendido como um espaço dinâmico em constante mudança em diversos aspectos – história, demografia, cultura e epidemiologia – e, conseqüentemente, sujeito a constante variabilidade de riscos e vulnerabilidades, características que reverberam na administração, política, tecnologia e sociedade dentro de suas fronteiras físicas e intangíveis⁽³⁾.

Assim, a territorialização, como um instrumento utilizado na prática da saúde pública, gera subsídios para elaboração de estratégias em saúde, através do mapeamento das áreas de ação da equipe de atenção básica, fornecendo aos profissionais de saúde as mais variadas informações sobre a população de determinada localidade. Em posse desse conhecimento,

estes profissionais poderão planejar estratégias de atuação que tem base nas ações de vigilância em saúde, possibilitando a compreensão da dinâmica que envolve o meio onde se estabelece o processo saúde/doença. Tal conduta visa a execução dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam, integridade, equidade e descentralização⁽⁴⁾.

O enfermeiro, enquanto agente promotor de saúde e no uso de suas atribuições e competências, tem o mapeamento em saúde como uma ferramenta que permite a busca de intervenções mais efetivas no que diz respeito ao monitoramento, prevenção de agravos e promoção da saúde da população; possibilita o conhecimento das reais necessidades de saúde da população, bem como o monitoramento dos fatores de risco à saúde de população específica, e a elaboração de estratégias que de fato serão de grande relevância, tanto no âmbito individual quanto no coletivo.

O espaço-território, onde um indivíduo ou população está inserido, vai muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde. Tendo em vista que este pode ser caracterizado por um grupo específico, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais dos serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção e reconstrução⁽⁵⁾.

Neste sentido, a aplicação de ações como o mapeamento em saúde, pelo enfermeiro na atenção básica, pode ser utilizada nos seus mais variados âmbitos, fundamentando e subsidiando o planejamento da assistência e a adoção de estratégias de saúde dentro de um território delimitado.

O mapeamento em saúde deve contribuir para revelar subjetividades, coletar informações, identificar problemas, necessidades e construir identidades locais com características positivas que possua; e com base nestas o enfermeiro, deve definir estratégias e ações de saúde, a fim de interferir no processo saúde-doença, com vistas a redução das iniquidades.

Vale salientar que a construção de mapas deve ser possibilitar o monitoramento e avaliação periódica das ações implementadas e das populações em estudo, uma vez que estas estão em constante transformação.

Assim, torna-se possível inferir que a geografia poderia ser construída a partir da consideração do espaço como um conjunto de fixos e fluxos. Os elementos fixos, fixados em cada lugar, permitem ações que modificam o próprio lugar, fluxos novos ou renovados que recriam as condições ambientais e as condições sociais, e redefinem cada lugar. Os fluxos são um resultado direto ou indireto das ações e atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que, também, se modificam⁽⁶⁾. Ou seja, o planejamento das ações de saúde sobre populações específicas pode estender, através do território, devendo ser constantemente observado, pois os territórios modificam-se conforme as dinâmicas das relações sociais.

Este estudo teve como objetivo discutir o mapeamento em saúde como uma ferramenta da gerência do cuidado na atenção primária que permite ao enfermeiro agrupar informações em saúde e analisar a situação de saúde e, com isso, produzir relações entre elas, por meio da localização de “objetos”, possibilitando um planejamento adequado para o desenvolvimento de suas ações de gerência do cuidado de enfermagem, assim levando à melhoria da qualidade do atendimento de enfermagem, resultando em benefícios para a população e criando oportunidades para futuras intervenções com vistas à melhoria da assistência em saúde.

Questão Norteadora: O mapeamento em saúde contribui ferramenta para a gerência do cuidado de enfermagem na atenção primária em saúde?

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico descritivo, seccional, de abordagem quantitativa, aplicando-se o método de mapeamento em saúde. Desenvolvido a partir da seleção de sujeitos, por meio das fichas do Programa de Atendimento a Hipertensos e Diabéticos Hipertensão em uma Policlínica Regional do Município de Niterói no Estado do Rio de Janeiro, ten-

do como critérios de inclusão: idade superior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados no período compreendido entre 2009 a 2013, com residência fixa e diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Foram excluídos do estudo os idosos portadores de Diabetes Mellitus (DM), tipo 1 ou tipo 2. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dos 725 pacientes atendidos pelo programa hiperdia, no período citado, foram selecionados 93 idosos.

Trata-se de uma instituição cuja organização assistencial é classificada como de atenção de baixa e média complexidades, que se caracteriza por apresentar um conjunto de ações e serviços ambulatoriais que visam atender os principais problemas de saúde da população dos bairros de sua abrangência.

O bairro de inserção da policlínica de acordo com dados do IBGE (2010) é composto por 9.252 habitantes, onde a população masculina representa 4.392 habitantes, e a população feminina 4.860. Deste grupo total, 1212 são idosos compreendidos na faixa etária de 60 a 79 anos, onde 1030 declararam ser alfabetizados. Quanto à autodeclaração de renda, para pessoas com 10 anos ou mais, houve a informação por parte de 8066 pessoas, destas, 2715 afirmaram não possuir renda, seguidos de 1955 moradores que afirmaram ter entre $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo.

A coleta de dados ocorreu por meio de consulta às fichas cadastrais do Programa Hiperdia e aos prontuários dos usuários e ao banco de dados do programa Gerenciador de Informações Locais (GIL).

Vale salientar que, de acordo com informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), além de ser útil para cadastro e identificação do usuário, conforme exposto anteriormente, o Programa Hiperdia tem como benefícios orientar os profissionais de saúde na adoção de estratégias de intervenção, além de permitir conhecer o perfil epidemiológico da HAS e do DM na população, permitindo uma gerência do cuidado de enfermagem de acordo com as necessidades e demandas em saúde do usuário e sua comunidade.

Os dados foram analisados estaticamente através das variáveis independentes e dependentes. Sendo consideradas para este estudo,

variáveis independentes: sexo, idade, altura, peso, índice de massa corporal (IMC), raça, antecedentes familiares, tabagismo, sedentarismo, acidente vascular cerebral (AVC), coronariopatias, doença renal, infarto agudo do miocárdio (IAM) e uso de medicações; e como variável dependente utilizou-se a pressão arterial. A partir destas houve análise das características dos elementos estudados, que variaram de elemento para elemento, e a estas foram atribuídos valores numéricos ou não numéricos. Após análise destes dados e a validação, tornou-se possível obter as informações desejadas, sendo tratadas estatisticamente por meio de análise uni, bi e multivariada⁽⁷⁾.

Para análise estatística (bi e multivariada) dos dados, optou-se pela adoção do Teste de Análise de Variância (ANOVA) para análise das médias das variáveis independentes (nominal/numérica), com base no valor da probabilidade de significância ou p-valor de significância, que no caso deste estudo o p médio = 34,3%, com nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Utilizou-se também o Teste de Correlação de Pearson (variáveis numérica/numérica), apresentando r médio = 0,23.

Após esta análise e com o objetivo de processar as informações obtidas de modo a simplificá-las e sintetizá-las, houve o cruzamento de múltiplas informações e dados, ou variáveis, no modelo de tabulação cruzada (Cross - Tables).

Foram respeitados todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos contidos na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), publicada no Diário Oficial da União em 13 de julho de 2013. A coleta de dados obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP/FMUFF) encontra-se sob n.º CAAE: 2866.0.000.258-10 na condição de Projeto de dissertação do Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da UFF. Torna-se relevante informar que foi garantido o sigilo e o anonimato de todas as informações contidas no presente estudo.

RESULTADOS

Por meio da técnica de mapeamento em

saúde tornou-se possível uma análise inicial do perfil dos sujeitos, onde houve predominância do sexo feminino; da cor branca, seguida da cor parda e negra, respectivamente, a idade compreendida entre 66 e 71 anos representou 28% da amostra; 40,9% dos sujeitos informaram ter antecedentes familiares; o tabagismo foi um fator de risco que se mostrou elevado com 59,1%; já o sedentarismo foi negado por 40,9%, no entanto não houve exposição de qual tipo de atividade física seria realizada por cada indivíduo. O AVC, as coronariopatias, as doenças renais e o IAM, tiveram baixa prevalência. No entanto, essas variáveis continham um percentual relativamente alto de não preenchimento na ficha cadastral hiperdia, ao realizar buscas nos prontuários, não foram encontradas informações a respeito; no item uso de medicação 95,7% das respostas foram positivas para o uso, porém não havia nenhuma informação relativa a tratamento não medicamentoso; quanto a variável IMC, houve discordância entre os resultados assinalados nas fichas e os resultados calculados com base na altura e peso de cada indivíduo, de acordo com as fichas ocorreu prevalência de indivíduos com IMC na faixa de peso normal a acima do peso, no entanto, ao realizar o cálculo, houve predominância de sobrepeso/obesidade.

DISCUSSÃO

Com base nos resultados encontrados, torna-se possível traçar ações e intervenções de enfermagem ao idoso hipertenso na atenção primária, com vistas à redução dos fatores de riscos e DSS, bem como a prevenção de agravos e promoção da saúde.

O desenvolvimento das DCNTS, e isto inclui a HAS, dar-se por meio da associação de fatores complexos e multivariáveis e são responsáveis por alterações objetivas e subjetivas no cotidiano do portador, consequentemente por mudanças comportamentais significativas, sendo os principais fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, para a as doenças cardiovasculares: os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como a cessação do tabagismo e o controle estresse, onde estes constituem metas primordiais e atingíveis da prevenção, educação e promo-

ção em saúde. No entanto, vale salientar que as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas, sendo assim, cabe ao profissional de saúde incluir nas suas ações estratégias para a criação de ambientes favoráveis à saúde, com vistas a possibilitar o indivíduo conhecer e controlar os fatores de risco e os determinantes sociais em saúde, que influenciam direta e indiretamente em seu processo saúde-doença⁽⁸⁾.

Desta forma, tornar o indivíduo idoso o ator principal de seu cuidado, torna-se essencial, bem como estimular o autocuidado, por meio da conscientização da importância das modificações de comportamentos e hábitos de vida, além da adesão integral ao tratamento da hipertensão.

Corroborando ao exposto, a enfermeira, enquanto profissional de saúde, se destaca como propagadora de informações e esclarecimentos acerca da importância dos hábitos saudáveis para o controle da pressão arterial e contribui na implementação de intervenções favoráveis à saúde. Esta possui, portanto, importante papel na promoção da adesão do paciente ao tratamento, o que é fundamental ao controle da doença, pois, para que haja redução da morbidade e mortalidade associada aos riscos cardiovasculares das pessoas com hipertensão, torna-se indispensável a adesão ao

tratamento anti-hipertensivo⁽⁹⁾.

Para o planejamento de ações e estratégias em saúde, algumas ferramentas podem ser utilizadas pelo enfermeiro na atenção primária, dentre elas o mapeamento em saúde, que gera subsídios para o desenvolvimento das mesmas, por meio de informações sobre o ambiente ao qual a população está inserida, ou seja, o mapeamento possibilita o melhor reconhecimento das características e das reais necessidades e demandas de seu público-alvo, isto lhes fornecerá maiores chances de eficiência e efetividade para suas atividades.

CONCLUSÃO

O uso do mapeamento em saúde permite ao profissional da atenção básica delimitação de seu território de atuação, e a população sob sua responsabilidade, permitindo a identificação e o planejamento de ações prioritárias.

O desenvolvimento deste estudo permitiu uma aproximação com a tecnologia de mapeamento em saúde, a qual tem demonstrado ser de grande valia e vem se apresentando como mais uma ferramenta no processo de cuidar-planejar nos diferentes campos da saúde.

Foi possível compreender que a população em estudo é correspondente com o padrão de morbidade e inerente ao processo de transi-

ção demográfica corrente em nosso país e no mundo. O predomínio da população idosa, ou seja, que possui mais de 60 anos e, ainda, a baixa escolaridade, associada à baixa renda mensal, são aspectos sociodemográficos relevantes nesta população.

Neste cenário, o desenvolvimento do mapeamento em saúde na atenção básica torna-se uma ferramenta capaz de fornecer, juntamente com as informações do perfil sociodemográfico e epidemiológico de sua população, subsídios para a construção de um plano de ações e de cuidado de enfermagem, mais próximo a realidade e as necessidades de seu público, devendo este ser compreendido pelo enfermeiro como uma estratégia da gerência do cuidado.

Além do plano de ações e de cuidado, o enfermeiro inserido em uma equipe multiprofissional pode desenvolver uma das ações de gerenciamento do cuidado na atenção básica à pessoa idosa, de grande importância, que consiste na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Tal ferramenta de abordagem ampla permite incluir o idoso e sua família e/ou cuidadores no processo de cuidado, corroborando com a identificação de problemas e no planejamento das estratégias de intervenção/ resolução de demandas, tornando o tratamento efetivo e eficiente, com redução das taxas de abandono ao tratamento. ■

REFERÊNCIAS

1. Santana PMA, Almeida AHS, Cavalcanti BMC, Silva ACS, Arcanjo CA. A importância do mapeamento no processo de territorialização. In: Anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade; Belém, 2013. p. 168.
2. Lemke RA, Silva RAN. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicologia & Sociedade*. 2013; 25(Spe.2):9-20.
3. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *TrabEduc Saúde*. 2010; 8(3):387-406.
4. Cassiano AN, Reinalde EM, Moraes LF. O processo de territorialização como instrumento de ação da saúde pública. In: Anais/Resumos da 62ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; Natal, 2010.
5. Môra LB, Gomes JC, Moraes MLS, Albuquerque FM, Jorge PCV, Felix VKA, et al. O uso da territorialização para apoio ao planejamento das ações de uma unidade de saúde da família. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde. *Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível*; Minas Gerais, 2013.
6. Santos MA. *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção*. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006.
7. Ponte VMR, Oliveira MC, Moura HJ, Barbosa JV. Análise das metodologias e técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre balanced scorecard: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. In: I Congresso da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação de Ciências Contábeis, 2007.
8. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):7-17.
9. Santos JC, Florêncio RS, Oliveira CJ, Moreira TMM. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. *Rev Rene*. 2012; 13(2):343-53.