

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO-NPGS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM CARDIOLÓGICA**

EDNA SILVA REIS

**SIGNIFICADO DO CARTÃO DE SAÚDE PARA O SER
HIPERTENSO NO MUNICÍPIO DE RIACHUELO-SE**

**ARACAJU-SE
2007**

EDNA SILVA REIS

**SIGNIFICADO DO CARTÃO DE SAÚDE PARA O SER
HIPERTENSO NO MUNICÍPIO DE RIACHUELO-SE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Núcleo de Pós-graduação e Extensão da
Faculdade de Administração e Negócios de
Sergipe como exigência para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Cardiológica.

Orientadora: PROF^a. DR^a. Maria Lúcia Silva Servo
Co-Orientadora: Enf^a Esp. Júlia Moreira Prata Paixão

ARACAJU-SE
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

R375s Reis, Edna Silva
Significado do cartão de saúde para o ser hipertenso no município de Riachuelo – SE / Edna Silva Reis. - - Aracaju, 2007.
60f.
Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo
Co-Orientadora: Enfa. Esp. Júlia Moreira Prata Paixão

Monografia (Especialista em Enfermagem Cardiológica) – Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, Núcleo de Pós-Graduação e Extensão

1. Cartão de saúde 2. Portadores de hipertensão 3. Qualidade de vida 4. Assistência em saúde 5. Cardiologia 6. Saúde pública
I. Título

CDU 616.12-008.331.1:614(813.7Riachuelo)

“A vontade de se tornar algo
melhor a cada dia é o que faz o ser
humano uma máquina de sonhar”.
Projetar idéias e desejos e lutar para
transformar o que um dia foi um
simples pensamento em uma
situação real.
Nunca desistir de algo que se
deseja muito e que se almeja fazer
parte da vida.
O ser humano sonha!
Mas se ele apenas sonhasse nunca
saberia do que é capaz, é preciso
conquistar os sonhos.”

(Autor desconhecido)

EDNA SILVA REIS

**SIGNIFICADO DO CARTÃO DE SAÚDE PARA O SER
HIPERTENSO NO MUNICÍPIO DE RIACHUELO-SE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Núcleo de Pós-graduação e Extensão da
Faculdade de Administração e Negócios de
Sergipe como exigência para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Cardiológica.

BANCA EXAMINADORA

1º Examinador

2º Examinador

3º Examinador

Aracaju, ____ de ____ de ____.

AGRADECIMENTOS

Após uma grande jornada conseguir vencer mais um obstáculo em minha vida. Durante todo percurso, pude contar com a colaboração de muitas pessoas.

Primeiramente a Deus que sempre me iluminou e me deu forças para continuar nos momentos mais difíceis.

A minha filha Natália por ter suportado a minha ausência por vários momentos e ao meu esposo Lucas pela compreensão.

Aos hipertensos por terem contribuído, possibilitando a realização deste trabalho.

À Júlia onde encontrei uma verdadeira amiga que me estendeu a mão na hora que mais necessitei.

À orientadora Maria Lúcia Serva pelo apoio que me foi dado.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos compreender o significado do Cartão de Saúde para os hipertensos após sua implantação no município de Riachuelo - SE, conhecer a satisfação e identificar as mudanças que ocorreram no cotidiano do hipertenso. As entrevistas semi-estruturadas, e a análise dos cartões recaíram sobre os usuários que aderiram ao cartão. A amostra foi composta por 13 hipertensos, atendidos no Programa do Hiperdia. Quanto à satisfação, após a implantação do Cartão de Saúde, 23% dos entrevistados acharam excelente, 30% muito bom e 47% bom. Quanto à assistência, 53,84% dos entrevistados consideraram que é boa; 23,07% relataram que é muito boa e 23,07% afirmaram que é excelente. Verificou-se que 92,30% utilizam o serviço mensalmente e 7,7% semestralmente. Durante interpretações dos dados anotados em 40 Cartões de Saúde, avaliou-se criteriosamente estratificando o risco. Desta amostra, 72,5%(29 cartões) é do sexo feminino, 27,5%(11) é do sexo masculino. Em relação ao Índice de Massa Corpórea (IMC) dos cartões avaliados do sexo masculino, verifica-se que 36,36% (04) são normais, 45,45% (05) estão com excesso de peso, e somente 18,18% (2) são obesos. Em relação ao sexo feminino, verificou-se que 27,5% (11) são normais, 17,5% (07) estão com excesso de peso, 22,5%(9) são obesos e 5%(2) com obesidade mórbida. Diante disso, conclui-se que parece não estar havendo uma conscientização referente à importância do controle dietético e da realização de atividade física. Esta não-conscientização provavelmente deve ser ou por deficiência nas orientações ou simplesmente desobediência. Pode-se afirmar que a implantação do Cartão de Saúde trouxe benefícios aos hipertensos, possibilitando a melhora na assistência e controle dos fatores de risco, visto que a maioria possui hábitos de vida inadequados, o que vem influenciar diretamente no tratamento da hipertensão arterial, principalmente no tratamento não-farmacológico, que inclui o controle dietético, realização de atividade física. Ressaltamos ainda, a necessidade de a equipe multiprofissional trabalhar no sentido de orientação de Mudança no Estilo de Vida para tratamento inicial e só após uns três meses caso não se obtenha sucesso introduzirem o tratamento medicamentoso. É necessário que a ESF organize sua agenda deixando tempo disponível para as consultas dos hipertensos, onde possa prestar um atendimento de qualidade seja individual ou coletivamente. Isso contribuirá para um bom relacionamento entre profissional-usuário. Esperamos que com os resultados deste trabalho, sirva como instrumento para divulgação do Cartão de Saúde, e que possa favorecer que outras ESF de outros

Municípios, possam implantar o Cartão, para melhora na assistência e acompanhamento dos hipertensos.

PALAVRAS-CHAVE: Cartão de Saúde, ESF, Hipertensão, Mudança no Estilo de Vida.

ABSTRACT

This present study had as objectives to understand the meaning of the Health Card to the Hypertense after its implement in the County of Riachuelo – SE, to know the satisfaction and identify the changes that occurred in the hypertense daily life. The semi-structured interviews and the card analysis fall over the users that got the card. The sample was compound of 13 hypertense, assisted in the Hypertension Program. As to the satisfaction, after the implementation of the Health Card, 23% of those interviewed said it was excellent; 30% said it was very good, and 47% said it was good. As to the assistance, 53, 84% of those interviewed consider it good; 23, 07% related it was very good and 23, 07% affirmed it is excellent. It was verified that 92, 30% utilize the service monthly and 7, 7% utilize it per semester. During interpretations of the collected data in 40 health cards, it was evaluated thoroughly, layering the risks. From this sample, 72, 5% (29 cards) belongs to the female gender, and 27, 5% (11 cards) belongs to the male gender. As to the Index Body Mass (IBM) of the evaluated cards belonging to males, it was verified that 36, 36% (04) are regular, 45, 45% (05) are overweight, and only 18, 18% (2) are obese. Related to the female gender, it was verified that 27, 5% (11) are regular, 17, 5% (07) are overweight, 22, 5% (9) are obese and 5% (2) are morbid obese. Therefore, one concludes that it seems not to be having awareness to the importance of the dietary control and the accomplishment of physical activity. This not-awareness probably must be either for deficiency in the directions or simply disobedience. It can be affirmed that the implement of the health card brought benefits to the hypertense, making possible the improvement in the assistance and control of the risk factors, since many of the interviewed have bad habits, and that influences directly in the arterial hypertension treatment, especially the non-pharmacological, which includes dietary control and physical activity. It is important to emphasize the necessity of a multi-professional team to work giving directions to a life change for the initial treatment and only after three moths in case of failure in the medical treatment. It is necessary that the Family Health Education (FHE) organizes its agenda allowing free time to appointments for the hypertense, where they can provide quality assistance, whether individual or in group. This will contribute to a good relationship between users and professionals. We hope that this research results be useful as an instrument to advertising the health card, favoring also others Family Health Education (FHE) in different

Counties, so they may implement the Card, improving the assistance and attendance to the hypertense.

KEY WORDS: Health Card, Family Health Education (FHE), Hypertension, Life Change.

SIGLAS

ESF - Equipe de Saúde da Família

AVE - Acidente Vascular Encefálico

AVC - Acidente Vascular Cerebral

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

SUS - Sistema Único de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

HA - Hipertensão Arterial

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PAD - Pressão Arterial Diastólica

VO² - Volume de Oxigênio

DST/AIDS - Doença Sexualmente Transmissíveis/Síndrome Imunodepresiva

HIPERDIA - Programa de Hipertensão e Diabetes

IMC - Índice de Massa Corpórea

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	20
2.1 Geral.....	20
2.2 Específicos	20
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
4 O PERCURSO METODOLÓGICO	36
4.1 Tipo de estudo	36
4.2 Campo empírico da pesquisa	36
4.3 Os sujeitos do estudo	37
4.4 Técnica, instrumento e coleta de dados	38
4.5 Análise dos dados	39
5 REVELANDO, ANALISANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS	41
Categoria 1 Caracterização do sujeito	41
5.1 Compreendendo o significado do cartão de saúde para os hipertensos	43
Categoria 2 Conhecendo a satisfação dos hipertensos após implantação do cartão de saúde	44
Categoria 3 Identificando a melhora na assistência e acompanhamento dos hipertensos após a Implantação do cartão de saúde	45
Categoria 4 Sugestões para melhorar a qualidade da consulta e o acompanhamento realizado pela Equipe Saúde da Família	47
5.2 Análise e interpretação dos dados do cartão de saúde	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata da avaliação do Cartão de Saúde em usuários hipertensos no município de Riachuelo-SE, no período de janeiro a maio de 2007. O interesse em realizar esta pesquisa se originou da nossa atuação enquanto enfermeira da Equipe Saúde da Família (ESF), onde nos deparamos rotineiramente com esta clientela, contudo, ainda era desconhecida a satisfação ou não destes usuários.

Atualmente, um grande número de enfermeiros está sendo absorvido para atuar na ESF e neste está incluso o atendimento aos hipertensos, sendo uma das principais metas detectarem o mais precocemente possível a hipertensão para redução da morbimortalidade e prevenir a ocorrência de complicações da saúde como acidente vascular encefálico (AVE), o infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), (BRASIL, 2002).

O enfermeiro da Equipe de Saúde da Família deve estar capacitado para acompanhar o HIPERDIA (Programa de Hipertensão e ou Diabetes), e ser capaz de identificar sinais e sintomas de risco, assim como implementar condutas apropriadas em casos de complicações (BRASIL, 2002).

Segundo, Pierin (2006), o controle dos hipertensos como o cuidado direto com o paciente por meio de consulta de enfermagem. Essa é uma estratégia de extrema importância, pois fornece condições de estabelecimento de vínculo entre profissional e a pessoa hipertensa, o que pode facilitar a implementação das ações necessárias para a adesão ao tratamento e controle efetivo da doença, evitando ou minimizando complicações.

O Cartão de Saúde é um instrumento que tem como finalidade: estimular os profissionais das ESF, no acompanhamento dos usuários no Programa de Hipertensão, Diabético e Idosos: orientar anamnese; acompanhar todas as consultas dos usuários cadastrados no HIPERDIA, através do registro sistemático dos dados antropométricos, sinais

vitais, exames laboratoriais e outros; acompanhar a evolução do tratamento; controlar os encaminhamentos para consultas especializadas; controlar prescrição de medicamentos específicos; ajudar o usuário no controle dos horários e dosagens das medicações prescritas e agendamento de consultas e reuniões; acompanhar o estado vacinal dos usuários; valorizar e humanizar o atendimento da clientela (TOMÉ, 2006).

Segundo Dominguez (1997), o PSF, estabelecido em 1994, surgiu no momento de priorização do Sistema Único de Saúde (SUS), como um modelo de atenção a ser seguido em todo o país e, fundamentalmente, pelos municípios, uma vez que objetiva ampliar a cobertura de atenção à saúde da família, atingir equidade e melhorar a qualidade de atenção à população em geral.

A PSF, para Pavone et al (2003), caracteriza-se como um modelo centrado no usuário, demandando das equipes a necessidade de que a assistência médica sanitária seja humanizada, reconhecendo as pessoas como sujeitos de direitos que buscam nos serviços de saúde a resolução das suas necessidades, observando cada pessoa e família com suas singularidades a fim de que possam exercer sua autonomia.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência

renal crônica e doença vascular de extremidades (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

A hipertensão arterial (HA) é uma condição mórbida presente em grande parte dos adultos, com alta associação com doenças cardiovasculares, consistindo na primeira causa de aposentadoria por doença e 40% dos óbitos. São muitas as estratégias de intervenção capazes de fornecer meios de tratamento da HA, podendo ser citadas algumas modificações no estilo de vida, como hábitos dietéticos e volume de atividades físicas (FARINATTI; OLIVEIRA, 2005).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mais vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. Conforme Fonseca (2002), a hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVC) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada.

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de HA, observa-se tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão, teve redução anual das taxas ajustadas por idade de 1,5% para homens e 1,6% para mulheres. O conjunto das doenças do coração, hipertensão, doença coronária e insuficiência cardíaca também tiveram taxas anuais decrescentes de 1,2% para homens e 1,3% para mulheres. No entanto, apesar do declínio, a mortalidade no Brasil ainda é elevada em comparação a outros países, tanto para doença cerebrovascular como para doenças do coração.

A hipertensão arterial e as doenças relacionadas à pressão arterial são

responsáveis

por alta frequência de internações . Insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais freqüente que as internações por acidente vascular cerebral. Em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,283. (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

De acordo com Brasil (2002-2003), no Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, a prevalência da hipertensão arterial no município de Aracaju - Se aumentou com a idade, partindo de 10,3% para indivíduos entre 25 a 39 anos, 31,7% em indivíduos entre 40 a 59 anos, chegando a 59% em indivíduos com mais de 60 anos de idade.

O município de Riachuelo possui cadastrados 576 hipertensos, tem 2182 pessoas acima de 40 anos, segundo SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), março/ 2007. A população masculina do município é de 4603 habitantes e a feminina é de 4865. Conta com uma população estimada de 9468 habitantes dos quais 81,94% reside na área urbana e 18,06% na área rural.

Frente às questões expostas, surgiu o questionamento: O que melhorou na vida do hipertenso após a implantação do cartão de saúde?

O presente estudo tem como principal objetivo compreender o significado do cartão de saúde para os hipertensos após a sua implantação no município de Riachuelo – SE.

Os procedimentos metodológicos se enquadram no estudo do tipo exploratório de natureza descritiva com abordagem qualitativa por melhor se adequar ao estudo. Utilizamos como instrumento de coleta de dados o emprego de entrevista semi-estruturada com questão aberta e fechada e a análise dos cartões de saúde.

Diante do que foi exposto, constitui-se problema de investigação: Qual o

significado do cartão de saúde para os hipertensos após a implantação no município de Riachuelo-SE? Quais as mudanças que ocorreram no cotidiano do hipertenso?

Desde modo, espera-se contribuir para a construção do conhecimento a cerca da importância do cartão de saúde, objetivando aplicações práticas no cotidiano, reconhecendo as dificuldades e falhas para aprimoramento deste instrumento que é uma estratégia de extrema importância para facilitar à implementação das ações necessárias a adesão ao tratamento e controle efetivo da doença, evitando ou minimizando complicações.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender o significado do cartão de saúde para os hipertensos após a sua implantação no município de Riachuelo – SE.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer a satisfação dos hipertensos após a implantação do cartão de saúde;

Identificar as mudanças que ocorreram no cotidiano do hipertenso após a implantação do cartão de saúde.

Fundamentação Teórica

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A hipertensão arterial apresenta elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como: doença cerebrovascular, doenças arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doença arterial periférica. A partir da década de 60, as doenças cardiovasculares superaram as infecto-contagiosas como primeira causa de morte no país (PIERIN; MION JÚNIOR, 2001).

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o AVC, acometendo as mulheres em maior proporção, seguida da doença aterosclerótica coronariana (VAHLE, 2006).

As doenças cardiovasculares atingem homens e mulheres no auge da meia idade, prejudicando inclusive as finanças das nações que ficam privadas dos seus trabalhadores nos anos de sua maior capacidade produtiva (VAHLE, 2006).

Também se pode afirmar que a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), é responsável por cerca de 40% das aposentarias precoces e absenteísmo. No Brasil a HA acomete por volta de 10 a 20% da população, o que equivale a um montante de 15 a 30 milhões de pessoas (MORALES; SOUZA, 2006).

Deve-se considerar ainda que 80% das mortes por afecção coronariana ocorrem antes dos 65 anos e em muitos casos, a morte súbita constituem o primeiro sinal ou sintoma da doença: 50% em homens e 63% nas mulheres (VAHLE, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica, um problema multifatorial, é definida como um conjunto de sinais e sintomas caracterizado pela presença de níveis pressóricos elevados, relacionados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular) (CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998). É

uma doença praticamente assintomática e sua identificação se faz através da medida da pressão arterial. Valores persistentemente iguais ou maiores do que 140mmHg para a pressão sistólica e/ou 90mmHg para a diastólica são considerados hipertensão (BRASIL, 2001).

De acordo com o Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), é alta a prevalência da hipertensão arterial, onde cerca de 20 a 20% da população brasileira adulta pode ser considerada hipertensa, chegando a 50% nos idosos. Atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres. Tende a ser mais prevalente entre negros e também naqueles com história familiar para hipertensão. Embora haja predominância nos adultos, sua prevalência em crianças e adolescentes não é desconsiderada.

Os segmentos sociais mais pobres são os que possuem maior prevalência de hipertensão e também de complicações como acidentes vasculares. As regiões rurais apresentam menor prevalência de hipertensão em relação à metropolitana. O índice de prevalência de hipertensão varia numa mesma população de determinada origem conforme ocorrem migrações, portanto, o ambiente é um importante fator determinante. A urbanização, os hábitos sociais e a atividade profissional são determinantes maiores (MANO, 2007).

A presença de hipertensão duplica o risco cardiovascular. Além disto, esta é o primeiro fator de risco para acidente vascular cerebral. As demais, cerca de 90% das pessoas em estágio final de doença renal têm história de hipertensão. Ressalta-se ainda, o alto custo social em nosso meio, pois esta é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo no trabalho. Devido à elevação da pressão arterial ser um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, tem sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos para diagnosticar e tratar a hipertensão arterial (BRASIL, 2001).

Conforme Mano (2007), ocorreram no Brasil em 1995, 893.877 óbitos segundo

registros de mortalidade. Destes 244.605 (27,36%) foram por doenças cardiovasculares. A doença cérebro-vascular foi responsável por 81.632 óbitos. As doenças isquêmicas do coração causaram 69.906 óbitos. A hipertensão arterial foi considerada como responsável direta por 17.880 óbitos (7,8% dos óbitos). Considerando-se que esta contribui para morbi-mortalidade em 80% dos casos de acidente vascular cerebral e por 40% dos casos de doenças isquêmicas do coração, estima-se que a hipertensão arterial esteve envolvida de forma direta ou indireta em pelo menos 111.148 óbitos no ano de 1995, o que corresponde a 45,44% das mortes por doenças cardiovasculares.

Quanto ao prognóstico da hipertensão arterial, Maia (2007) classificou como:

Hipertensão benigna – corresponde à grande maioria dos casos de hipertensão arterial. As cifras tensionais não são muito elevadas (a diastólica se mantém abaixo de 110mmHg), as complicações graves só ocorrem tardiamente e os clientes evoluem por vários anos ou décadas;

Hipertensão maligna – representa a minoria dos casos, mas é mais grave. As cifras tensionais são muito elevadas, complicações importantes são comuns e o cliente sobrevive apenas alguns meses ou poucos anos.

As manifestações clínicas da hipertensão arterial podem ser consideradas enquanto decorrência do estado hipertensivo (cefaléia freqüentemente de localização occipital, sensação de peso ou pressão na cabeça, tonturas, zumbidos no ouvido e fadigabilidade), ou em meio ao complexo sintomatológico das doenças que ocasionalmente determinam à hipertensão arterial, ou em meio às manifestações clínicas decorrentes de lesões de órgãos determinadas pela hipertensão, ou por seu próprio tratamento (hipotensão postural, impotência sexual masculina, cefaléia e rubor facial, tosse, edemas, câibras, alterações cognitivas, secura de boca e outras) (AMODEO; LIMA; VASQUEZ, 1997).

Para Agostini (2006) a hipertensão arterial é “doença que mata em silêncio”. Na

maior parte dos casos, não existe nenhum sintoma ou sinal, e este é o fator que faz com que grande parte dos clientes hipertensos abandone o tratamento. É importante ficar alerta para o fato de que, mesmo sem sinais, uma pessoa pode estar com pressão alta e então correm alguns riscos mais sérios para a sua saúde.

Segundo Mano, a classificação da hipertensão arterial sistêmica, e preconizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, através da sua V Diretriz.

Classificação	Nível da Pressão Arterial de Hipertensão Arterial é a descrita no quadro abaixo.
Ideal	< 120 sistólica e < 80 diastólica
Normal	< 130 sistólica e < 85 diastólica
Normal-alta	130~139 sistólica ou 86~89 diastólica
Hipertensão Estágio 1	140~159 sistólica ou 90~99 diastólica
Hipertensão Estágio 2	160~179 sistólica ou 100~109 diastólica
Hipertensão Estágio 3	> 180 sistólica ou > 110 diastólica
Hipertensão sistólica isolada	$\geq 140 < 90$

Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

O diagnóstico de hipertensão deve basear-se na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial, obtida em dois ou mais contatos com o profissional de saúde, depois de uma avaliação inicial (BRUNNER, 2002). Conforme, as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) devem-se considerar além dos níveis pressóricos, os fatores de risco, a lesão de órgãos-alvo (cérebro, coração, rins e olhos) e as co-morbidades associadas; como também é necessário ter extrema cautela antes de rotular algum cliente como sendo hipertenso, tanto pelo risco de falso-positivo como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante.

Na avaliação clínica do cliente hipertenso, deve-se considerar além da história familiar de hipertensão arterial e o tratamento medicamentoso prévio, os fatores que influenciam no aumento da pressão arterial, tais como a ingestão excessiva de sal, aumento de peso, hábito de fumar, uso exagerado de álcool, sedentarismo, estresse emocional, uso de contraceptivos, etc. (BRASIL, 2001).

A seguir estão listados alguns dos fatores que contribuem para a elevação da pressão arterial, de acordo com Agostini (Acessado em: 22 de fevereiro de 2006):

O consumo exagerado de sal – pode fazer com que o corpo absorva água adicional dos tecidos para dentro dos vasos, obrigando o coração a trabalhar com maior esforço, devido a maior quantidade de líquido para bombear;

Obesidade – alguns estudos demonstraram que estar acima do peso corporal ideal pode provocar mudanças nos níveis da pressão arterial;

Sedentarismo – é quando uma pessoa tem pouca ou nenhuma atividade física. Este fator contribui para o aumento de peso e, por conseguinte para o aumento da pressão arterial;

Estresse emocional – ativa o sistema nervoso simpático, participando da patogênese da hipertensão. Acredita-se que clientes estressados necessitam de maior quantidade de medicação para controle;

Uso de bebidas alcoólicas – o álcool pode causar aumento da resistência periférica e por isso elevar a pressão arterial e até torná-la refratária ao controle;

Tabagismo – a nicotina e outros produtos encontrados no cigarro são responsáveis pelo aumento na produção de adrenalina pela glândula supra-renal. Quando isto ocorre, a pressão arterial eleva;

Uso de contraceptivos – estatísticas afirmam que a hipertensão arterial é de 2 a 3 vezes mais freqüente em mulheres que usam anticoncepcionais do que em

mulheres que não usam;

Segundo Simonetti; Batista; Carvalho (2002), mesmo se evidenciando que a hipertensão arterial constitui um dos principais problemas de saúde, o número de hipertensos tratados é pequeno. Cerca de 50% desconhece sua condição. Dos que sabem 50% não se tratam, e destes 50% não têm sua pressão sob controle. Portanto, apenas 10% dos hipertensos são tratados efetivamente. Esse percentual é baixo devido a vários hábitos de saúde e fatores, dentre eles: característica assintomática da doença, tratamento prolongado, custo alto dos medicamentos e seus efeitos colaterais, relação médico-cliente insatisfatória. Porém, existem evidências suficientes sobre o benefício do tratamento precoce da hipertensão arterial, o qual pode ser baseado em quatro medidas: gerais, não-farmacológicas ou mudanças no estilo de vida; remoção da causa, quando for identificada; farmacológica e adesão ao tratamento.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do cliente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-medicamentosas isoladas como associados os fármacos anti-hipertensivos. O tratamento medicamentoso visa reduzir os níveis pressóricos para valores inferiores a pelo menos 140 mmHg de pressão sistólica e a 90mmHg de pressão diastólica e os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, respeitando-se as características individuais, a presença de co-morbidade e a qualidade de vida dos clientes (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Os fármacos anti-hipertensivos incluem medicamentos dos seguintes grupos: diurético, beta bloqueador, antagonista dos canais de cálcio, inibidor da enzima conversora da angiotensina I e antagonista do receptor da angiotensina II (BRASIL, 2001).

De acordo com Mano (2007), apesar do reconhecimento da hipertensão como uma entidade de prevalência elevada, seu tratamento continua inadequado. Estudos americanos

demonstram que apenas 27% dos clientes hipertensos mantêm um controle satisfatório da pressão arterial ($< 140/90\text{mmHg}$). Mesmo devidamente diagnosticados, apenas 50% dos clientes utilizam medicação de forma regular. Isto se deve principalmente ao caráter assintomático da hipertensão durante seus 15 a 20 primeiros anos de evolução.

Em relação ao tratamento da hipertensão, Duncan; Schmidt; Giugliani (1996) destacam que:

O tratamento da hipertensão foi considerado por muitos anos uma questão exclusivamente medicamentosa. Atualmente, há evidência de que as medidas não medicamentosas podem ter efeito anti-hipertensivos. A idéia de que o seguimento destas recomendações insere-se em um comportamento global de promoção da saúde e não só de tratamento da hipertensão, deve aumentar a adesão a tais medidas. Isto justifica a proposta de alguns comitês de denominar o tratamento não-medicamentoso como – modificações no estilo de vida (p.437).

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), o tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica é feito através das modificações do estilo de vida, que favorecem a redução da pressão arterial. Por serem medidas educativas, é indispensável à continuidade em sua implementação, visto que a consecução dessas mudanças é lenta e, na maioria das vezes, penosas. Dentre as modificações está a redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, suplementação de potássio, a prática de exercícios físicos, a redução do peso corporal e da ingestão de sal e a não utilização de medicamentos que elevam a pressão arterial.

Para Bassit; Malverdi (2007) é importante à realização de no mínimo três refeições principais ao dia, ou seja, café da manhã, almoço e jantar, programando refeições intermediárias para não ficar mais do que três a quatro horas sem se alimentar.

A realização de pequenos lanches entre as refeições principais, para Stella (2007), é uma atitude bem simples, que pode ajudar, e muito, quem está acima do peso corporal ideal. O fracionamento das refeições é muito importante para aliviar aquela sensação de fome costumeira, antes do almoço ou do jantar, que leva os exageros, os quais, certamente, são

acompanhados de arrependimento. Os alimentos ideais que compõem os lanches para Bassit; Malverdi (2007) são: frutas em geral, e principalmente as cítricas e as ricas em fibras e potássio, água de coco, chás, suco de frutas, iogurte natural dietético, e outros.

A seguir estão listados algumas modificações no estilo de vida segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006):

Redução do consumo de bebida alcoólica--A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais. Ensaio clínico também já demonstraram que a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a 30ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres. Aos clientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas;

Abandono do tabagismo – o risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Em estudos, a sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas. No entanto, a interrupção do tabagismo propicia aumento de peso, que pode favorecer o aumento da pressão arterial. Assim, essa supressão deve ser acompanhada de restrição calórica e de aumento da atividade física para evitar ganho de peso. A exposição ao fumo – tabagismo passivo –, também constitui fator de risco cardiovascular que deve ser

evitado.

Suplementação de potássio – esta promove a redução modesta da pressão arterial. Sua ingestão pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio, como feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escura, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja.

Exercício físico – clientes hipertensos devem iniciar programas de exercícios físicos regulares, desde que tenham sido submetidos à avaliação clínica prévia. Além de diminuir a pressão arterial, o exercício físico pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral. Programas de exercícios físicos, para prevenção primária ou secundária de doenças cardiovasculares, devem contar com atividades aeróbias dinâmicas, tais como caminhadas rápidas, corridas leves, natação e ciclismo. Recomenda-se a frequência de três a seis vezes por semana, intensidade moderada e sessões de 30 a 60 minutos de duração.

A adesão do cliente hipertenso ao tratamento pode ser caracterizada como o grau em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde. Vários fatores podem dificultar a adesão do hipertenso ao tratamento, destacando-se os relacionados ao cliente, doença, tratamento, aspectos institucionais e relacionamento com membros da equipe de saúde. Características do hipertenso como idade, sexo, raça, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde devem ser considerados. Pessoas do sexo masculino, mais jovens e com baixa escolaridade tendem a ser menos

aderentes ao tratamento. A baixa condição sócio-econômica pode ser fator limitante para o acesso ao tratamento e aquisição dos medicamentos, enquanto que mudanças de hábitos de vida e culturais requerem determinação por parte do cliente e equipe. E em relação ao tratamento medicamentoso, destacam-se o custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos e tratamento por toda a vida. O acesso ao medicamento é premissa básica para o sucesso do tratamento, porém o custo tem sido apontado como fator limitante. As políticas de saúde voltadas para o atendimento dos hipertensos devem prever este aspecto (BRASIL, 2001).

Para Simonetti; Batista; Carvalho (2002), a falta de adesão ao tratamento constitui-se em um dos maiores problemas no controle da hipertensão arterial, ocorrendo em até 40% dos clientes, por diversos motivos. Diminuir essa proporção constitui-se em um dos maiores desafios no tratamento dos hipertensos. Para aumentar a adesão às condutas preconizadas pelo tratamento, o cliente e seus familiares, devem receber orientações sobre a doença. Os conteúdos educativos devem ser simples e objetivos, para maior entendimento do cliente. Outras medidas que também podem aumentar a adesão ao tratamento são: simplificação dos regimes terapêuticos; informações escritas sobre dose, efeitos colaterais; envolvimento de equipe multidisciplinar; manutenção de registros permanentes das cifras tensionais e da ingestão de drogas; envolvimento familiar no auxílio da administração da medicação e das medidas dietéticas e outras mais.

É considerando esses aspectos, que o trabalho da equipe multiprofissional poderá oferecer aos clientes e à comunidade um número maior de informações, tentando torná-los participantes ativos das ações e decididos em adotar atitudes para transformar essas ações em efetivas e definitivas. Nesta equipe é fundamental a participação do enfermeiro no gerenciamento do processo de Enfermagem, no sentido de organizar a assistência no grupo de hipertensos, desenvolvendo nele o auto-cuidado, prevenindo ou retardando complicações,

promovendo a saúde e reduzindo os custos do tratamento (CRUZ et al, 1995).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado forte relação entre inatividade física e presença de fatores de risco cardiovascular como hipertensão arterial, resistência à insulina, diabetes, dislipidemia e obesidade. Por outro lado, a prática regular de atividade física tem sido recomendada para a prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares, seus fatores de risco, e outras doenças crônicas (CIOLAC; GUMARÃES, 2004).

Modificações no estilo de vida podem ser importantes para o controle da pressão arterial em indivíduos hipertensos, contribuindo com a redução dos níveis tencionais e auxiliando na redução de fatores de risco, como peso excessivo, tolerância à glicose e perfil lipídico sanguíneo. Nesse contexto, a atividade física regular é freqüentemente mencionada. De fato, vários estudos identificaram associação inversa entre atividade física e pressão arterial ou risco de hipertensão (LIANE; RIBEIRO, 2003).

O exercício físico provoca uma série de respostas fisiológicas nos sistemas corporais e, em especial, no sistema cardiovascular. Pesquisas mostram que o exercício físico pode ajudar na prevenção da obesidade, diabetes, dislipidemias, doenças cardíacas e hipertensão arterial, enquanto a atividade física habitual, que engloba todos os movimentos realizados no cotidiano, também pode ter papel importante na prevenção de doenças cardiovasculares e redução dos sintomas da doença já instalada (SILVA, 2006).

O exercício físico realizado regularmente provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular, com o objetivo de manter a homeostasia celular diante do incremento das demandas metabólicas. Há aumento no débito cardíaco, redistribuição no fluxo sanguíneo e elevação da perfusão circulatória para os músculos em atividade. A pressão arterial sistólica (PAS) aumenta diretamente na proporção do aumento do débito cardíaco. A pressão arterial diastólica (PAD), reflete a eficiência do mecanismo vasodilatador local dos músculos em atividade, que é tanto maior

quanto maior for a densidade capilar local. A vasodilatação do músculo esquelético diminui a resistência periférica ao fluxo sanguíneo e a vasoconstrição concomitante que ocorre em tecidos não exercitados induzida simpaticamente compensa a vasodilatação. Conseqüentemente, a resistência total ao fluxo sanguíneo cai drasticamente quando o exercício começa, alcançando um mínimo ao redor de 75% do (volume de oxigênio) VO_2 máximo. Os níveis tensionais elevam-se durante o exercício físico e no esforço predominantemente estático, tendo já sido constatados, em indivíduos jovens e saudáveis, níveis de pressão intra-arterial superiores a 400/250mmHg sem causar danos à saúde (ARAÚJO, 2001).

Em resumo, pode-se dizer que durante um período de exercício, o corpo humano sofre adaptações cardiovasculares e respiratórias a fim de atender às demandas aumentadas dos músculos ativos e, à medida que essas adaptações são repetidas, ocorrem modificações nesses músculos, permitindo que o organismo melhore o seu desempenho. Entram em ação processos fisiológicos e metabólicos, otimizando a distribuição de oxigênio pelos tecidos em atividade (WILMORE, 2003). Portanto, os mecanismos que norteiam a queda pressórica pós-treinamento físico estão relacionados a fatores hemodinâmicos, humorais e neurais (NEGRÃO 2000).

Tendo em vista os pontos ressaltados, esforços devem ser direcionados para a adesão do hipertenso ao tratamento e conseqüente controle da doença. A educação em saúde é o primeiro passo a ser dado na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver. Porém, isso não é uma tarefa fácil diante de vários fatores que influenciam o comportamento e determinam as mudanças necessárias para o controle efetivo da doença. O conhecimento da doença e do seu tratamento, apesar de ser o primeiro passo, não implica necessariamente adesão, pois requer mudanças de comportamentos que muitas vezes só são conseguidas a médio ou longo prazo. Toda atividade

educacional deve estar voltada para o auto-cuidado e o trabalho em grupos de clientes e equipe de saúde pode ser útil por propiciar troca de informações, favorecerem esclarecimento de dúvidas e atenuar ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

O Percurso Metodológico

4 O PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Utilizamos uma pesquisa do tipo descritiva baseada numa abordagem qualitativa. Na abordagem qualitativa, por privilegiar os sujeitos sociais, os quais detêm os atributos que o investigador pretende conhecer (MINAYO, 1994).

A natureza qualitativa tende a salientar aspectos dinâmicos, holísticos e individuais tentando aplicá-los no contexto daqueles que os estão vivenciando (POLIT; HUNGLER, 1995).

No estudo descritivo salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental etc. (GIL, 1999).

Uma das características do estudo descritivo é a técnica padronizada da coleta de dados, realizada principalmente através de questionários e da observação sistemática. (ANDRADE, 2006).

Para Pereira (1999), o dado qualitativo é uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere um caráter objetivo a sua observação. O estudo de um evento qualitativo não remete necessariamente a mensurações com variáveis qualitativas, sendo de todo pertinentes que o pesquisador considere a utilização de medidas mais elementares (ordinais, discretas) que lhe permitiram maior flexibilidade.

4.2 Campo Empírico da Pesquisa

O universo desta pesquisa foi o município de Riachuelo - SE. O ambiente da pesquisa foi representado pela Unidade Básica de Saúde, Dr. Paulo Garcez localizada em Riachuelo, na Rua Santa Maria, s/n no Centro, onde atuam as equipes de Saúde da Família

(ESF).

Nesta unidade de saúde os hipertensos são atendidos em consulta pelos profissionais: enfermeiros e médicos da ESF.

Os programas desenvolvidos nessa unidade são: Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher, Programa de Assistência Integral à Saúde da criança, Programa de Saúde Bucal, Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS, Atenção ao Idoso, Atividades Básicas e outros.

O atendimento à população é realizado de segunda a sexta-feira da seguinte forma: segunda (clientes hipertensos, diabéticos), terça (demanda espontânea, mulheres em idade fértil), quarta (demanda espontânea, exames citológicos), quinta (gestantes), sexta (visita domiciliar), sendo que na última sexta-feira do mês é realizada uma reunião dos programas.

A escolha deste local deveu-se ao fato da pesquisadora trabalhar e atender mensalmente um bom percentual de usuários com hipertensão arterial, cadastrados no Programa do HIPERDIA.

Nossa população-alvo foi constituída por todos hipertensos cadastrados nestas Unidades de Saúde, que estavam sendo atendidos por enfermeiros da ESF e que tinham realizado no mínimo duas consultas no hiperdia.

4.3 Os Sujeitos do Estudo

A amostra constou de 13 hipertensos que representa 5,60% da população de hipertensos cadastrados que preencheram os requisitos acima e que se dispuseram a participar da pesquisa no período da coleta de dados. Conforme Marconi; Lakatos (1999), essa é definida como um conjunto de seres animados e inanimados que apresentam as mesmas características que são definidas para determinado estudo.

A amostra foi do tipo intencional que segundo Alves (1998), é aquela onde o pesquisador se dirige intencionalmente a grupos de elementos dos quais deseja saber a opinião [...] Os resultados têm validade para aquele grupo específico, ou seja, em um contexto específico.

4.4 Técnica, Instrumento e Coleta de Dados

A técnica de coleta de dados foi à entrevista semi-estruturada por oferecer ao pesquisador certa flexibilidade na busca de informações sobre o sujeito pesquisado (POLIT; HUNGLER, 1995).

Segundo Triviños (1992, p. 146):

A entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessem à pesquisa, e que em seguida oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Como instrumento de coleta de dados foi empregado um roteiro de entrevista semi-estruturadas e a análise dos cartões de saúde.

A coleta de dados foi realizada no mês de Maio de 2007, através de visitas domiciliares aos clientes hipertensos, onde foi aplicado um questionário (Apêndice A), para conhecer a satisfação destes em relação ao Cartão de Saúde. Quando esclarecermos aos mesmos sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem utilizados, bem como sobre seus direitos de sigilo, privacidade e recusa de participação em qualquer momento da pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96 do CONEP. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice B) garantindo assim, seus direitos e permitindo que as informações pudessem ser utilizadas, inclusive para publicações.

O instrumento utilizado foi composto inicialmente por cinco perguntas para conhecer o perfil do cliente, seguidos por cinco perguntas abertas e fechadas que se fundamentam do objeto de estudo. O questionário foi aplicado de forma presencial, ou seja, foi respondido na presença das pesquisadoras. Este para Gil (1999) é *uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc. (p.128).*

Todo o recurso financeiro destinado à realização dessa pesquisa foi de responsabilidade da pesquisadora.

4.5 Análise dos Dados

Nesta fase realizamos a análise propriamente dita, a qual aconteceu desde a coleta de dados onde se recorreu ao levantamento de informações contidas nos cartões de saúde, bem como na entrevista semi-estruturada. Dentro dessas premissas foram selecionados 40 cartões e realizadas 13 entrevistas. As informações foram analisadas de acordo com a técnica de livre inspeção e gráficos de porcentagem.

Entre os tipos de análises existentes na pesquisa qualitativa, a análise do conteúdo é uma das mais relevantes, por se destacar nas suas funções: verificação de hipóteses e/ou questões de pesquisa e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências (ALVES, 1998).

Segundo a autora supracitada, este tipo de análise se desdobra em três etapas: pré-análise, onde organizamos o material e fizemos à leitura flutuante; exploração do material, na qual nos aprofundamos na leitura; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Os resultados foram analisados segundo o roteiro de entrevista (apêndice A).

Os Hipertensos entrevistados por uma questão de sigilo, foram identificados com nomes bíblicos.

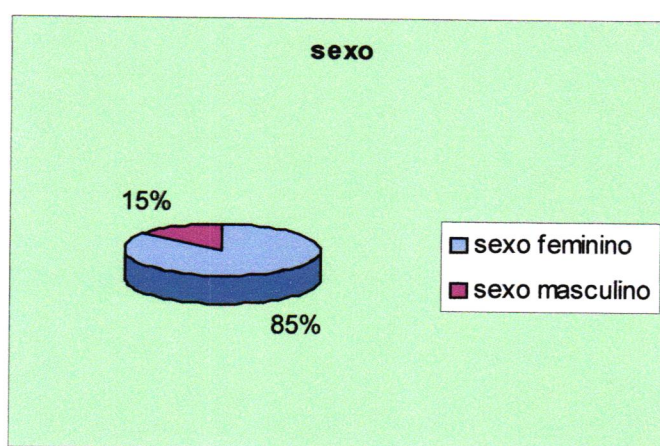
Resultados e Discussão

5 REVELANDO, ANÁLISANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

Neste item apresentamos as categorias apreendidas no estudo, a saber: caracterização dos sujeitos (sexo, faixa etária, nível de escolaridade, renda familiar, estado civil); conhecendo a satisfação dos hipertensos após a implantação do cartão de saúde e identificando a melhora na assistência; acompanhamento dos hipertensos após a implantação do cartão de saúde e sugestões para melhorar a qualidade da consulta e o acompanhamento realizado pela equipe de saúde da família e as sub-categorias: melhora do quadro clínico anterior; melhora na co-participação dos hipertensos no tratamento e a importância do registro no cartão de saúde.

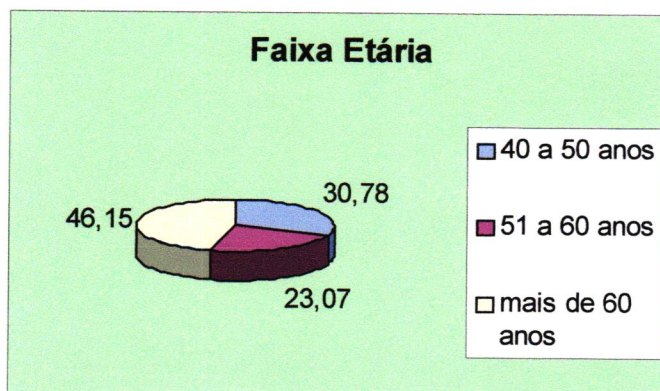
Categoria 1: Caracterização dos Sujeitos

Gráfico 01: Distribuição dos usuários hipertensos de acordo com o sexo. Riachuelo - SE, 2007



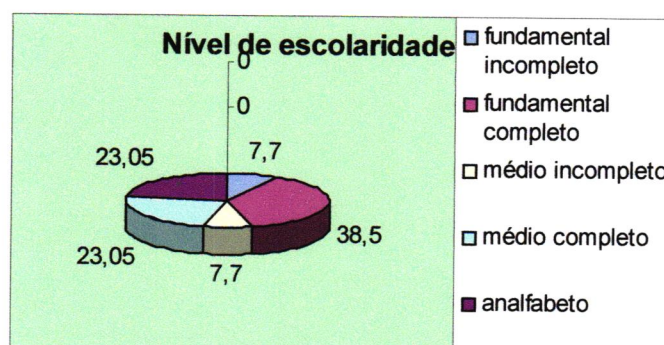
Dos sujeitos pesquisados através da entrevista, a predominância foi o sexo feminino com 84,62% (11) e apenas 15,3% (2) sujeitos do sexo masculino.

Gráfico 02: Distribuição dos usuários hipertensos de acordo com a faixa etária. Riachuelo - SE, 2007



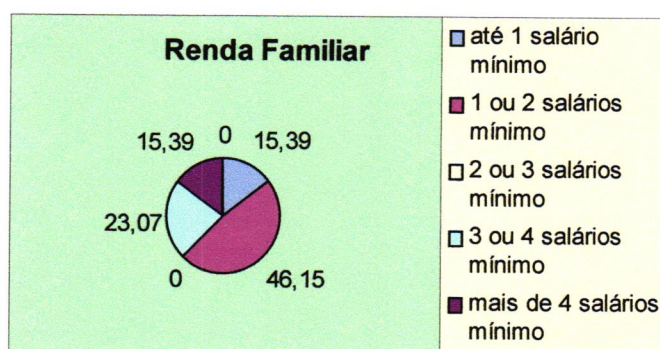
Dos sujeitos pesquisados através da entrevista a faixa etária dos participantes da pesquisa com o maior índice ficou entre mais de 60 anos com 46,15% (6) da população, isto comprova que é alta a prevalência da hipertensão arterial na população idosa, segundo o Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2006).

Gráfico 03: Distribuição dos usuários hipertensos de acordo com a escolaridade. Riachuelo - SE, 2007.



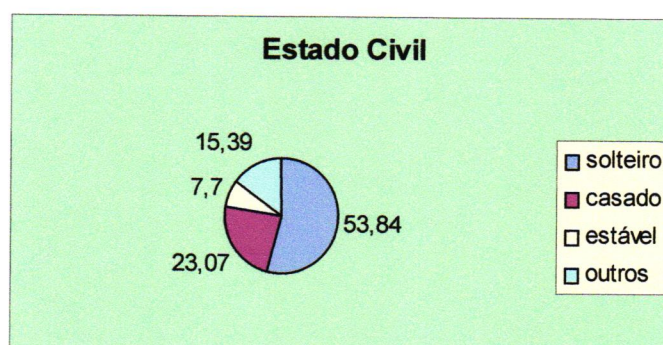
Dos sujeitos pesquisados através da entrevista, no que se refere à escolaridade dos sujeitos sociais pesquisados, a grande maioria 38,5% (5) tem ensino fundamental completo, 23,05% (3) tem ensino médio completo, 7,7% (1) tem ensino fundamental incompleto, 7,7%(1)da amostra tem ensino médio incompleto e 23,05% (3) são analfabetos.

Gráfico 04: Distribuição dos usuários hipertensos de acordo com a renda familiar. Riachuelo - SE, 2007



Dos sujeitos pesquisados através da entrevista, quanto à classificação da renda familiar dos entrevistados, verifica-se que 46,15% (6) recebem 1 ou 2 salários mínimos, 23,07% (3) de 3 ou 4 salários mínimos, 15,39% (2) mais de 4 salários mínimos e somente 15,39% (2) até um salário mínimo.

Gráfico 05: Distribuição dos usuários hipertensos de acordo com o estado civil. Riachuelo - SE, 2007.



Dos sujeitos pesquisados através da entrevista no que se refere ao estado civil dos sujeitos sociais pesquisados, a grande maioria 53,84% (7) são solteiros, seguido pelos casados que apresentam um percentual 23,07% (3), de 7,7% (1) tem união estável e apenas 15,39% (2) são outros.

5.1 Compreendendo o Significado do Cartão de Saúde para os Hipertensos

Após incessantes leituras flutuantes da análise do conteúdo e dos dados coletados

através do levantamento dos cartões de saúde, conseguimos chegar ao delineamento de categorias que vem expressar a satisfação dos hipertensos após a implantação do cartão.

Categoria 2: Conhecendo a Satisfação dos Hipertensos Após a Implantação do Cartão de Saúde

Foi possível observar que 23% dos entrevistados referiram que o cartão é excelente; 30% relataram que é muito bom e 47% afirmaram que é bom.

Segundo, TOMÈ, 2006, a finalidade do cartão de saúde é instrumentalizar e estimular o acompanhamento do hipertenso; orientar a anamnese desses pacientes; estimular os profissionais das ESF, no acompanhamento dos usuários no Programa de Hipertensão, Diabético e Idosos; acompanhar todas as consultas dos usuários cadastrados no HIPERDIA, individualizando o atendimento; através do registro sistemático dos dados antropométricos, sinais vitais, exames laboratoriais e outros; acompanhar a evolução do tratamento; controlar os encaminhamentos para consultas especializadas; controlar prescrição de medicamentos específicos; ajudar o usuário no controle dos horários e dosagens das medicações prescritas e agendamento de consultas e reuniões; acompanhar o estado vacinal dos usuários; valorizar e humanizar o atendimento da clientela.

Sub-categoria 1 – Melhora do quadro clínico anterior

Tais pensamentos podem ser encontrados nas falas que seguem:

- “Porque beneficiou a minha saúde e é que com ele que me consulto” (**Maria Madalena**);
- “Porque tem todas as informações que preciso para controlar a minha pressão arterial” (**José**);
- “Porque é importante, pois tenho todo diagnóstico que preciso” (**Lucas**);
- “Melhorou anotação do acompanhamento da PA e diabetes e o agendamento” (**Sara**).

Sub-categoria 2 - Melhora na co-participação dos hipertensos no tratamento.

-“Porque nele eu encontro tudo que eu necessito saber sobre o meu problema” (**Marta**).

Sub-categoria 3 – A importância do registro no cartão de saúde.

-“Porque contém várias informações, e além do mais é bastante claro” (**Eva**);

-“Por facilitar a consulta” (**Maria**);

-“Não sei explicar, somente é bom para a consulta” (**Rebeca**);

-“Por facilitar a consulta médica” (**Ruth**);

-“Melhorou o acompanhamento e a identificação” (**Miriam**);

-“Numa precisão nos serve no hospital” (**Talita**).

Categoria 3: Identificando a Melhora na Assistência e Acompanhamento dos Hipertensos Após a Implantação do Cartão de Saúde

Foi referido por 53,84% dos entrevistados que a assistência é boa após a implantação do cartão; 23,07% relataram que é muito boa e 23,07% afirmaram que é excelente.

Segundo, Atenção Básica, SE 2006, os fluxos e competências dos profissionais médicos e enfermeiros: Abertura do cartão é feita por quem realiza a 1ª consulta após confirmação diagnóstica. Ambos mantêm o registro nas consultas subseqüentes; dos auxiliar de enfermagem: Verificar e registrar sinais vitais e dados antropométricos e observar os dados do cartão, orientar o usuário quanto ao retorno, dia das palestras, etc. e administrar vacinas; dos agentes comunitário de saúde: Reforçar a importância das consultas, palestras, uso correto dos medicamentos e vacinas.

Sub-categoria 1 – Melhora do quadro clínico anterior

- “Melhorou e muito a minha saúde, pois normalizou a minha pressão arterial e estou tomando os remédios corretamente, como também me sinto bem acompanhada

pelos profissionais da Equipe de Saúde”(**Maria Madalena**)

-“Porque melhorou o acompanhamento do peso e pressão e as consultas são mais bem feitas” (**Izabel**);

- “Minha pressão arterial está controlada” (**Raquel**);

- “Trouxe-me mais tranquilidade porque conseguir controlar a minha pressão arterial e a diabetes. Melhorando a minha qualidade de vida” (**Lucas**).

Sub-categoria 2 - Melhora na co-participação dos hipertensos no tratamento.

-“A orientação de como tomar a medicação” (**José**);

-“Melhorou o acompanhamento dos remédios e o agendamento” (**Ruth**);

- “Adquirir mais conhecimento sobre os horários da medicação, dosagem, a data da próxima consulta, exames e melhorou o acompanhamento dos profissionais com os pacientes” (**Eva**).

Sub-categoria 3 – A importância do registro no cartão de saúde.

-“O fato das consultas serem marcadas nele para o próximo mês e acompanhamento do meu peso e pressão” (**Maria**);

-“O que melhorou foi a consulta, é marcado o retorno” (**Rebeca**);

-“O atendimento (médico e do enfermeiro), a entrega e acompanhamento do medicamento” (**Miriam**);

-“A rapidez e eficácia no atendimento e é feito o agendamento” (**Talita**);

-“A anotação do acompanhamento da pressão arterial e diabetes e também a forma que sou atendida pela auxiliar, enfermeira e médico” (**Sara**);

- “Porque nele eu encontro tudo que eu necessito saber sobre o meu problema” (**Marta**).

Foi observado que 92,30% utilizam o serviço mensalmente e 7,7% semestralmente

Categoria 4: Sugestões para Melhorar a Qualidade da Consulta e o Acompanhamento Realizado pela Equipe de Saúde da Família

“Melhorar a cota de exames do Município, para que possamos entregar os exames que o médico pede a tempo” (**Sara**);

“Gostaria que os hipertensos e diabéticos fossem prioridades nas consultas a qualquer hora” (**Eva**);

“O atendimento o mais cedo possível, para que não demore, nem falte o medicamento” (**Miriam**);

“Gostaria de ser mais informada sobre o conteúdo do Cartão de Saúde” (**Maria Madalena**);

“Para mim que sou deficiente visual, gostaria que o médico fizesse-me visitas domiciliares mensalmente e explicasse mais sobre esse Cartão de Saúde” (**Lucas**);

“Deveriam ter mais organização na entrega das senhas” (**José**);

“Deveriam entregar as fichas por ordem de chegada” (**Raquel e Marta**).

5.2 Análise e Interpretação dos Dados no Cartão de Saúde

Durante exploração do material, na qual nos aprofundamos na leitura; e interpretação dos dados anotados em 40 Cartões de Saúde, avaliou-se criteriosamente estratificando o risco. Desta amostra, 72,5%(29 cartões) é do sexo feminino, 27,5%(11) é do sexo masculino.

Fazendo a classificação do risco individual dos usuários em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo, dos 72,5% (29) do sexo feminino, analisados 03 tem Risco A, 19 tem Risco B, 07 tem Risco C e todos estão com tratamento medicamentoso (TM).

Classificação do risco individual dos pacientes em função de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL):
Risco A Sem fatores de risco e sem lesão em órgãos-alvo.
Risco B Presença de fatores de risco (não incluindo diabetes melito) e sem lesão em órgãos-alvo.
Risco C Presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes melito.

Após avaliação de acordo com a decisão terapêutica segundo risco e pressão arterial, segundo as V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006, identificou-se que 48,27%(14), estão bem estabilizados com TM, e MEV (Mudança de Estilo de Vida).

Decisão Terapêutica segundo Risco e Pressão Arterial

(V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL):

Normal/limítrofe (130–139/85–89)	Risco A MEV	Risco B MEV	Risco C MEV*
Estágio 1 (140–159/90–99)	MEV (até 12 meses)	MEV** (até 6 meses)	TM
Estágios 2 e 3 ($\geq 160/\geq 100$)	TM	TM	TM
Normal/limítrofe (130–139/85–89)	Risco A MEV	Risco B MEV	Risco C MEV*
Estágio 1 (140–159/90–99)	MEV (até 12 meses)	MEV** (até 6 meses)	TM
Estágios 2 e 3 ($\geq 160/\geq 100$)	TM	TM	TM

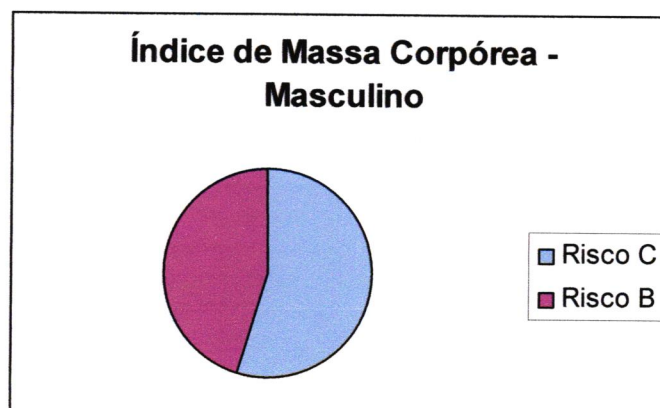
TM se IC, renal crônico ou diabetes MEV=mudança de estilo de vida

**TM se múltiplos fatores de risco TM=terapia medicamentosa

Dos 27,5%(11) cartões do sexo masculino analisados, 06 tem Risco C e 05 tem Risco B, todos fazendo uso do TM, que após avaliação apenas 08 devem permanecer com o TM, 03 estão bem estabilizados com TM e MEV (Mudança de Estilo de Vida).

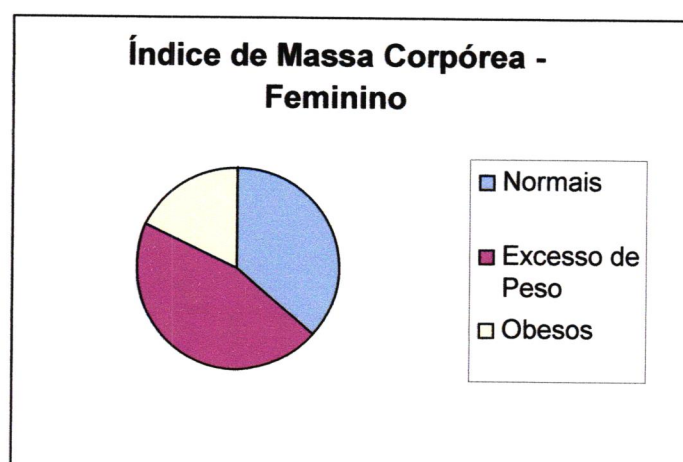
Na amostra geral dos 40 cartões avaliados, 17 isto é, 42,5% da amostra estão bem estabilizados com TM e MEV (Mudança de Estilo de Vida).

Gráfico 06: Distribuição dos usuários hipertensos masculino de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC).



Quanto à classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) dos cartões avaliados, verifica-se que 36,36% (04) são normais, 45,45% (05) estão com excesso de peso, e somente 18,18% (2) são obesos. Diante disso, conclui-se que parece não estar havendo uma conscientização referente à importância do controle dietético e da realização de atividade física. Esta não-conscientização provavelmente deve ser ou por deficiência nas orientações ou simplesmente desobediência.

Gráfico 07: Distribuição das usuárias hipertensas de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC).



Quanto à classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) dos cartões avaliados, verifica-se que 27,5% (11) são normais, 17,5% (07) estão com excesso de peso, 22,5%(9) são obesos e 5%(2) com obesidade mórbida. Diante disso, conclui-se que parece não estar havendo uma conscientização referente à importância do controle dietético e da realização de atividade física. Esta não-conscientização provavelmente deve ser ou por deficiência nas orientações ou simplesmente desobediência .

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise e discussão dos dados, concluiu-se que dos sujeitos sociais pesquisados, a predominância foi o sexo feminino, com 85%. Quanto à faixa etária, o maior índice ficou a idade mais de 60 anos, com 46,15%, seguido do grupo de 40 a 50 anos, com 30,78% e a faixa de 51 a 60 anos com 23,07%.

No que se refere ao estado civil, à maioria dos participantes da pesquisa com, 53,84% é solteiro. Ao nível de escolaridade, 38,5% da maioria dos participantes tem ensino fundamental completo e 23,05% tem ensino médio completo e analfabeto.

Quanto à satisfação dos hipertensos após a implantação do Cartão de Saúde, 23% dos entrevistados consideram excelente, 30% muito bom e 47% bom.

Após a implantação do Cartão de Saúde, 53,84% dos entrevistados consideram que a assistência é boa; 23,07% relataram que é muito boa e 23,07% afirmaram que é excelente.

Verificou-se que 92,30% utilizam o serviço mensalmente e 7,7% semestralmente.

Ao se solicitar sugestões para melhora da qualidade da consulta e o acompanhamento realizado pela equipe de saúde da família, foi selecionados algumas como: Melhorar a cota de exames do Município, para que possamos entregar os exames que o médico pede a tempo; Começar o atendimento o mais cedo possível, para que não demore tanto; Deveriam ter mais organização na entrega das senhas; Deveriam entregar as fichas por ordem de chegada; Gostaria de ser mais informada sobre o conteúdo do Cartão de Saúde; Para mim que sou deficiente visual, gostaria que o médico fizesse-me visitas domiciliares mensalmente. Pretendemos encaminhar essas sugestões aos gerentes e gestores para garantir a melhora na qualidade da assistência aos usuários.

Quanto à classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) dos cartões avaliados

do sexo masculino, verifica-se que 36,36% (04) são normais, 45,45% (05) estão com Excesso de peso, e somente 18,18% (2) são obesos. Diante disso, conclui-se que parece não estar havendo uma conscientização referente à importância do controle dietético e da realização de atividade física. Esta não-conscientização provavelmente deve ser ou por deficiência nas orientações ou simplesmente desobediência.

Quanto à classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) dos cartões avaliados do sexo feminino, verifica-se que 27,5% (11) são normais, 17,5% (07) estão com Excesso de peso, 22,5%(9) são obesos e 5%(2) com obesidade mórbida.

Considerando os resultados apresentados, pode-se afirmar que a implantação do Cartão de Saúde trouxe benefícios aos usuários hipertensos que aderiram, possibilitando a melhora na assistência e controle dos fatores de risco, visto que a maioria dos clientes hipertensos possui hábitos de vida inadequados, o que vem influenciar diretamente no tratamento da hipertensão arterial, principalmente no tratamento não-farmacológico, que inclui o controle dietético, a realização de atividade física. Ressaltamos ainda, a necessidade de a equipe multiprofissional trabalhar no sentido de orientação de Mudança no Estilo de Vida para tratamento inicial e só após uns três meses caso não se obtenha sucesso introduzirem o tratamento medicamentoso.

Sugere-se um aperfeiçoamento nas orientações e no modo de transmissão destas, utilizando conteúdos educativos, de fácil compreensão e com uma linguagem acessível aos usuários hipertensos. E quanto aos assuntos abordados, é fundamental que estes sejam transmitidos isoladamente, ou seja, um tema a cada reunião, a fim de que se obtenha um melhor entendimento, para conseqüentemente, haver um controle na pressão arterial, visando à prevenção de futuras complicações e uma melhora na qualidade de vida dos usuários hipertensos.

Devido absenteísmo às reuniões, vale ressaltar a importância de estimular a

participação desses usuários, nos encontros mensais, através de uma divulgação mais atrativa, com uma programação mais interessante, devendo abranger: a temática a ser discutida, dinâmicas de grupo, incluindo premiações para os participantes.

É necessário que a ESF organize sua agenda deixando tempo disponível para as consultas dos hipertensos, onde possa prestar um atendimento de qualidade aos hipertensos, seja individual ou coletivamente. Isso contribuirá para um bom relacionamento entre profissional-usuário.

Esperamos que com os resultados deste trabalho, sirva como instrumento para divulgação do Cartão de Saúde, e que possa favorecer que outras ESF de outros Municípios, possam implantar o Cartão, para melhora na assistência e acompanhamento dos hipertensos.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINI, E. **O que é Hipertensão Arterial**. Disponível em: http://www.eagostini.com.br/hipertensao_arterial.html. Acessado em: 22 de fevereiro de 2006.

ALVES, Delvair de Brito. **Curso de Metodologia da Pesquisa**. Primeiro e Segundo Módulos. Salvador, 1998.

AMODEO, C.; LIMA, G. E.; VASQUEZ, C. E. **Hipertensão Arterial**. São Paulo: Sarvier, 1997. P. 83-87.

ANDRADE, Maria Margarida de **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Editora Atlas, 7ª edição, 2006, p. 124.

ARAÚJO CGS. **Fisiologia do exercício físico e hipertensão arterial**. Uma breve introdução. Revista Hipertensão, 2001; 4.

BASSIT, T. R.; MALVERDI, A. M. **Planejando a Alimentação**. Disponível em: <http://www.totalnutrition.com.br/dicas.htm>. Acessado em: 13 de março de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Cadernos de atenção básica, caderno 7, hipertensão arterial sistêmica – HAS e diabetes mellitus – DM**. Brasília, DF, 2001. p. 5-45.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica; 16 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 1. Hipertensão. 2. Pressão arterial. 3. Saúde pública. 4. SUS (BR) I. Título. II. Série.** – Brasília, DF, 2006.p.58.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Brasília, DF, 2006**.

BRUNNER/SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. V.1, p. 690-700.

CIOLAC EG, Guimarães GV. **Exercício físico e síndrome metabólica**. Rev Bras Med Esporte 2004; 10:319-24.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3, 1998, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.com/>>. Acessado em: 13 fevereiro de 2007.

CRUZ, F. C. I. da. et al. O Cliente/ Família com Hipertensão Arterial Essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.71-76, maio, 1995.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, V, 2006, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora/>> Acessado em 13 de março de 2007.

DOMINGUEZ, B.N.R. **O programa de saúde da família: como fazer**. Minas Gerais: Copyright, 1997.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 280-285, 433-439.

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras; Oliveira, Ricardo Brandão de; Liane, Vivian Mattos Pinto; Monteiro, Wallace David; Francischetti, Emílio. **Programa domiciliar de exercícios: efeitos de curto prazo sobre a aptidão física e pressão arterial de indivíduos hipertensos**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Arquivos BRASILEIROS de Cardiologia. V84 n6 São Paulo jun 2005.

FONSECA, Cláudio Duarte da. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Editora Atlas, 5ª edição, 1999, p. 44.

LIANE, MATTOS PINTO, Vivian; RIBEIRO DE MEIRELLES, Luisa; DE TARSO VERAS FARINATTI, Paulo. **Influência de programas não-formais de exercícios (doméstico e comunitário) sobre a aptidão física, pressão arterial e variáveis bioquímicas em pacientes hipertensos**. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Niterói, v. 9, n. 5, 2003.

MAIA, V. P. **Abordagem da Hipertensão Arterial**. Disponível em: <<http://www.infoned.hpg.ig.com.br/hipertensao.html>>. Acessado em: 22 de fevereiro de 2007.

MANO, R. **Manual de Hipertensão Arterial**. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/pag1.shtml>>. Acessado em: 22 de fevereiro de 2007.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragem e técnica de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 60-80.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1994. p. 199-211.

MORALES, S.; SOUZA, M. apud SANTOS. **Avaliando as Mudanças de Estilo de Vida no Cliente Hipertenso no Contexto do CARTÃO HIPERDIA**. Revista 2ª Mostra Estadual de Atenção Básica à Saúde da Família Sergipe, p. 68, 2006.

NEGRÃO, E. C. et al. O Papel do Sedentarismo na Obesidade. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 7, n. 2. p. 149-153, abr./jun.2000.

PAVONE, E.L.C.; MARTINS, C.L.; FORTES, P.A.D.C. O programa saúde da família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde, 2003.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. São Paulo EDUSP, 1999.

PIERIN; MION JÚNIOR, Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde OMS/OPS, 2001.

PIERIN . Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde OMS/OPS, 2006.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 140- 143.

SILVA, Raimunda Beserra da et al. **Habitual physical activity and cardiovascular risk in post menopause**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 52, n. 4, 2006. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104>

SIMONETTI, P. J.; BATISTA, L.; CARVALHO, R. DE L. Hábitos de Saúde e Fatores de Riscos em Pacientes Hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 415-422, maio/jun.2002.

STELLA, R. **Comida de bolsa**. Disponível em: <<http://www1.uol.com.br/cyberdiet/colunas.htm>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2007.

TOMÉ, Márcia; GOUVEIA, Stella. **Protocolo da Saúde do Idoso**. Atenção Básica /Aracaju-SE, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1992. p. 145-152.

VAHLE, A.L. Revista Somese. Órgão Oficial da Sociedade Médica de Sergipe. Aracaju: Artes Médicas, 2006, p. 06.

WILMORE JH, Costill DL. **Controle cardiovascular durante o exercício**. In: **Fisiologia do esporte e do exercício**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2003.

Apêndice

APÊNDICE A

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO-NPGS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM CARDIOLOGICA**

**TÍTULO DA PESQUISA: SIGNIFICADO DO CARTÃO DE SAÚDE PARA O SER
HIPERTENSO NO MUNICÍPIO DE RIACHUELO-SE**

PESQUISADORA: Edna Silva Reis

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo

COORIENTADORA: Enfª Esp. Júlia Moreira Prata Paixão

Este questionário destina-se a coleta de dados para identificar o grau de satisfação dos usuários hipertensos na aceitação do cartão de Saúde é parte integrante de uma monografia de conclusão de curso de Especialização em Enfermagem Cardiológica da faculdade FANESE. Não é necessário se identificar, asseguramos que estas informações serão sigilosas. Desde já agradeço a sua participação.

I – Caracterização dos sujeitos

1 – Sexo

() M () F

2 – Faixa etária

1 - () 40 a 50 anos

2 - () 51 a 60 anos

3 - () mais de 60 anos

3 – Nível de escolaridade

1 - () fundamental incompleto

2 - () fundamental completo

3 - () médio incompleto

4 - () médio completo

5 - () superior incompleto

6 - () superior completo

7- () analfabeto

4 – Renda familiar

1 - () até um salário mínimo.

2 - () 1 ou 2 salários mínimos.

3 - () 2 ou 3 salários mínimos.

4 - () 3 ou 4 salários mínimos.

5 - () mais de 4 salários mínimos.

6 - () sem renda.

5- Estado civil

1- () solteiro

2- () casado

3- () estável

4- () outros

II – Significado do cartão hiperdia para o ser hipertenso

6 – O que você acha do cartão do Diabético e/ou Hipertenso?

1 - () excelente.

2 - () muito bom.

3 - () bom.

4 - () razoável.

5 - () ruim.

Porquê? _____

7 – O que melhorou em sua vida após a implantação do cartão do Diabético e/ou Hipertenso?

8 - Como você considera a assistência após implantação do cartão do Diabético e/ou Hipertenso?

1 - () excelente.

2 - () muito bom.

3 - () bom.

4 - () razoável.

5 - () ruim.

Porquê? _____

9- Com que frequência, costuma utilizar os serviços desta unidade?

1 - () Semanalmente.

2 - () Quinzenalmente.

3 - () Mensalmente.

4 - () Semestralmente.

5 - () Anualmente.

10 - Que sugestões você daria para melhorar a qualidade da consulta e o acompanhamento realizado pela Equipe de Saúde da Família?

APÊNDICE B

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO-NPGS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM CARDIOLOGICA**

**TÍTULO DA PESQUISA: SIGNIFICADO DO CARTÃO DE SAÚDE PARA O SER
HIPERTENSO NO MUNICIPIO DE RIACHUELO-SE**

PESQUISADORA: Edna Silva Reis

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo

COORDINADORA: Enfª Esp. Júlia Moreira Prata Paixão

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,....., RG.....,

declaro estar ciente da pesquisa “SIGNIFICADO DO CARTÃO DE SAÚDE NO MUNICIPIO DE RIACHUELO-SE”. Estou esclarecida quanto ao meu direito de retirar o consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo, de acordo com a resolução nº. 196, item IV, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Estou ciente de que será mantido o sigilo quanto à identificação sem nenhum prejuízo de minha imagem. Por conseguinte, autorizo os pesquisadores a utilizarem todo material colhido na pesquisa para os fins a que se destina.

_____, _____ de _____ de 2007

Sujeito da pesquisa: _____

Edna Silva Reis

Anexos

CARTÃO DE SAÚDE

Cartão do Diabético e/ou Hipertenso

Nome: _____
Endereço: _____
Município: _____
Área: _____
Ponto de Referência: _____ Micro-área: _____

Agendamento

Data	Hora	Nome do Profissional	Ass.

Cuide bem do seu cartão e não se esqueça de levá-lo na dia da consulta.

Legenda: DM: Diabetes Mellitus; CH: Crise Hipertensiva; DM+CH: Diabetes Mellitus e Crise Hipertensiva; DM+H: Diabetes Mellitus e Hipertensão; CH+H: Crise Hipertensiva e Hipertensão; DM+CH+H: Diabetes Mellitus, Crise Hipertensiva e Hipertensão.

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO											
DATA	Nº	DIABETES MELLITUS						HIPERTENSÃO ARTERIAL			
		BAIXO		MODERADO		GRAVE		BAIXO	MÉDIO	ALTO	MUITO ALTO
		IA Só DM e Control	IB DM+ C - M Control	IIA Só DM ou só C - M não control.	IIB DM+ C - M mal control	IIIA LOA control	IIIB LOA não control				
	1							HA leve sem outros FR	1. HA leve+1 a 2 RR 2. HA moderada sem FR 3. HA moderada +1 a 2 RR	1. HA leve + 3 ou mais FR ou LOA ou DM 2. HA moderada+3 ou mais FR ou DM ou LOA 3. HA grave sem outros FR	1. HA leve+CCA 2. HA moderada + CCA 3. HA grave com 1 ou + FR e/ou LOA e/ou DM e/ou CCA
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
	11										
	12										

Legenda: DM- Diabetes Mellitus CM- Co-Morbidades LOA- Lesão de Órgão Alvo HA- Hipertensão Arterial RR- Fatores de Risco
 CCA- Condições Clínicas Associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal

Fonte: Protocolo de DM do Município de Aracaju e Manual de HA e DM do Ministério da Saúde

HORÁRIO DE MEDICAÇÕES										
MEDICAÇÃO	Em Jejum	Após o café	10:00	Antes do almoço	Após o almoço	16:00	Antes do jantar	Após o jantar	20:00	22:00

Deve ser preenchido à lápis pelo médico ou enfermeiro e atualizado a cada alteração.

GOVERNO DE SERGIPE
 Secretaria de Estado
 da Saúde


 Direção de Atm. Helma Kátia Designers: Jackson Alves / Pólio Valença

IDADE/ANOS []		ALTURA []		COM QUEM VIVE ☐ Sozinho ☐ Outros ☐ Com a Família		ESCOLARIDADE ☐ Nenhum ☐ Média ☐ Fundamental ☐ Superior		ESTADO CIVIL / UNIÃO ☐ Casado ☐ Estável ☐ Solteiro ☐ Outros		HÁBITOS ☐ Cigarro ☐ Álcool ☐ Sedentarismo		
ANTECEDENTES FAMILIARES ☐ DM ☐ HA ☐ Doenças Coronarianas				PATOLOGIAS PRÉVIAS ☐ HA ☐ DM ☐ IAM ☐ ICC ☐ TB ☐ Hanseníase ☐ Depressão ☐ Outros								
CONSULTAS												
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
DATA												
Dietas												
Atividade Física												
PA sentado												
PA deitado												
Temperatura												
Frequência Cardíaca												
Peso												
IMC												
Cintura												
EXAMES												
Glicemia em jejum												
Glicemia pós-prandial												
Hemoglobina glicosilada												
Triglicérides												
Coletorial total												
HDL												
LDL												
Hb/Ht												
Ureia												
Creatinina												
Sódio												
Potássio												
Sumário de urina												
ASSINATURA												
OUTROS EXAMES												
DATA	EXAME		RESULTADO		DATA	EXAME		RESULTADO				
	Microalbuminúria					TSH						
	Mapeamento de Retina					PSA						
	ECG					Sangue Oculto Fezes						
CONTROLE DE VACINAS				ENCAMINHAMENTO P/ CONSULTAS DE ESPECIALIDADES								
GRIPE		ANTI-ETÂNICA			1	2	3	4	5	6		
[] / [] / []		1ª 2ª		DATA								
[] / [] / []		[] / [] / []		Oftalmologia								
[] / [] / []		[] / [] / []		Oftalmologia								
[] / [] / []		3ª Ref		Nefrologia								
				Cardiologia								
				Angiologia								
				Nutrição								
				Endocrinologia								
				Urologia								
				Ginecologia								
USO DE APARELHOS DE AJUDA				FATORES DE RISCO PARA O IDOSO								
☐ Óculos		☐ Muleta		☐ Bengala		☐ Osteoporose		☐ Doenças Neurológicas				
☐ Aparelho Auditivo		☐ Andador		☐ Outros: []		☐ Desnutrição		☐ Doenças Vasculares				
☐ Dentadura		☐ Cadeia de rodas				☐ Fraturas						

IDADE/ANOS 	ALTURA 	COM QUEM VIVE ☐ Sozinho ☐ Outros ☐ Com a Família	ESCOLARIDADE ☐ Nenhum ☐ Médio ☐ Fundamental ☐ Superior	ESTADO CIVIL / UNIÃO ☐ Casado ☐ Estável ☐ Solteiro ☐ Outros	HÁBITOS ☐ Cigarro ☐ Álcool ☐ Sedentarismo
ANTECEDENTES FAMILIARES ☐ DM ☐ HA ☐ Doenças Coronarianas		PATOLOGIAS PRÉVIAS ☐ HA ☐ DM ☐ IAM ☐ ICC ☐ TB ☐ Hanseníase ☐ Depressão ☐ Outras			

CONSULTAS												
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
DATA												
Dieta												
Atividade Física												
PA sentado												
PA deitado												
Temperatura												
Frequência Cardíaca												
Peso												
IMC												
Cintura												

EXAMES												
Glicemia em jejum												
Glicemia pós-prandial												
Hemoglobina glicosilada												
Triglicérides												
Colesterol total												
HDL												
LDL												
Hb/Ht												
Uréia												
Creatinina												
Sódio												
Potássio												
Sumário de urina												
ASSINATURA												
OUTROS EXAMES												
DATA	EXAME	RESULTADO		DATA	EXAME	RESULTADO						
	Microalbuminúria				TSH							
	Mapeamento de Retina				PSA							
	ECG				Sangue Oculto Fezes							

CONTROLE DE VACINAS	
GRIPE	ANTI-TETÂNICA
____/____/____	1ª 2ª
____/____/____	____/____/____ ____/____/____
____/____/____	3ª Ref
____/____/____	____/____/____ ____/____/____

ENCAMINHAMENTO P/ CONSULTAS DE ESPECIALIDADES						
	1	2	3	4	5	6
DATA						
Odontologia						
Oftalmologia						
Nefrologia						
Cardiologia						
Angiologia						
Nutrição						
Endocrinologia						
Urologia						
Ginecologia						