**O PERFIL DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE HIPERDIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA VITÓRIA DA SILVA BOMFIM¹

DAIZE DE SOUZA RODRIGUES²

PRISCILLA GONÇALVES SOUZA³

WALDERLY MARIA DE REZENDE4

¹,2Graduada em Enfermagem, Faculdade São Francisco de Barreiras – FASB, Barreiras/BA.

34,Acadêmico do Curso de Enfermagem, Faculdade São Francisco de Barreiras - FASB, Barreiras/BA.

5Professora do Curso de Enfermagem, Faculdade São Francisco de Barreiras - FASB, Barreiras/BA.

**RESUMO:** O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica acometem milhões de indivíduos em todo o mundo, sendo um problema de saúde publica e um desafio para os gestores, médicos e demais profissionais de saúde, pesquisadores e principalmente para os acometidos por estas patologias. Baseado na dimensão destas doenças foi criado um programa de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos-HIPERDIA. Sendo assim a enfermagem possui papel imprescindível na assistência desses agravos, contribuindo através de suas ações na minimização das co-mobidades, mortalidade, e favorecendo subsídios que podem vir a contribuir com a qualidade de vida dos portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Objetivou-se traçar o perfil dos usuários do programa de HIPERDIA em uma unidade de saúde da família na USF XI no município de Barreiras, BA. Trata-se estudo de natureza exploratória, descritivo, transversal e retrospectivo com análise documental e caráter quantitativo. A população e a amostra constituiu em 72 prontuários dos hipertensos e diabéticos cadastrados, que frequentaram o serviço de HIPERDIA no ano de 2011 na USF XI. Nessa perspectiva os resultados obtidos apontam uma predominância do sexo feminino, acometidas pela HAS, e concomitantemente pela HAS e DM, sendo o diabetes tipo II mais presente entre as acometidas cadastradas no programa HIPERDIA. Os resultados revelaram ainda que há maior número de pardos, com faixa etária entre 40 a 59 anos, que convivem com companheiro e filhos e utilizam medicamentos para o tratamento das doenças. Através do estudo acerca do perfil dos usuários do programa HIPERDIA de uma unidade de saúde, pode-se perceber a relevância deste programa no acompanhamento e controle da DM e HAS, bem como a importância em averiguar o perfil dos hipertensos e diabéticos como um dos meios de analise da situação de saúde desta população.

**Palavras-chave**: Hiperdia; Hipertensão; Diabete.

**1 INTRODUÇÃO**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) constituem um problema de saúde pública mundial, responsáveis por altos índices de morbimortalidades. Estas geram ainda inúmeros prejuízos sociais, econômicos, físicos e psicológicos aos acometidos, requerendo dos serviços de saúde maiores investimentos financeiros e humanos para atender a demanda e as necessidades primordiais para controle e acompanhamento dessas patologias. (BRASIL, 2006).

A HAS é caracterizada pelo aumento persistente ou constante da pressão arterial sistólica ou diastólica, com valores acima de 140/90 mmHg (WILKINS & WILLIAMS, 2006). Já o DM é uma síndrome que ocorre em consequência da ausência e/ou deficiência da insulina exercer eficazmente sua função no organismo, causando distúrbios metabólicos, podendo ser classificada em Diabetes Tipo I e Diabetes Tipo II (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

Brasil (2006) afirma que mais de 17 milhões de pessoas são acometidas pela HAS sendo que 35% dos indivíduos de faixa etária acima de 40 anos são portadores dessa patologia, porém o aparecimento desta tem se dado cada vez mais precoce em crianças e adolescentes.

No Brasil, são gastos anualmente aproximadamente 475 milhões de reais com internações de pacientes com patologias cardiovasculares, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) realiza 1.500.000 internações anualmente (CARVALHO, 2012).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelaram através de uma pesquisa que no Brasil no ano de 2030 haverão 8,9 milhões de diabéticos, sendo o sexto país com maior número de acometidos por esta enfermidade (WILD, ROGLIC E GREEN, 2004 *apud* MORAIS *et.al,* 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2012) em atualização com os dados do CENSO- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística) – 2010 concomitantemente com estudos realizados pelo Mistério da Saúde estimaram que no Brasil em 2012 mais de 12.054.824 (Doze milhões cinquenta e quatro mil oitocentos e vinte quatro) serão acometidos pelo Diabetes Mellitus.

A HAS e a DM demonstram no cenário brasileiro como causa principal de mortes, hospitalizações, amputações de membros inferiores e ainda são fatores de risco para Insuficiência Renal Crônica (IRC), consequentemente devido as complicações impulsionam os acometidos aderirem à diálise. (BRASIL, 2006).

Sendo assim estas patologias necessitam urgentemente ser prevenidas e controladas, para isto é necessário uma mudança no estilo de vida, como alterações na dieta, ingestão de medicamentos e práticas de exercícios físicos (International Diabetes Federation 2006 apud MIRANZI et.al. 2008).

Baseados na importância e necessidade de programas voltados para a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, no Brasil foi criado o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus – HIPERDIA, que é um programa de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2004).

Este programa tem por finalidade monitorar os pacientes inclusos no Plano Nacional de Reorganização da Atenção da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus gerando informações necessárias para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma contínua, igualitária e organizada a todos os cadastrados no programa (BRASIL, 2002).

O enfermeiro possui participação extremamente importante no controle de agravos de saúde, como a HAS e DM, este, além de gerenciar o Programa HIPERDIA nas Unidades de Saúde da Família ainda é responsável pela educação em saúde, qualificação dos profissionais (agente de saúde, recepcionistas, técnicos de enfermagem) encaminhamentos e ações assistenciais individuais e em grupos. Realiza ações que abrangeram a promoção, prevenção e manutenção da saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. (BRASIL, 2006).

Com base no que foi descrito, a problemática desse estudo se refere à seguinte questão: Qual o perfil dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA em uma USF, no município de Barreiras-BA?

Dessa forma, define-se como objetivo geral descrever o perfil dos hipertensos e diabéticos no programa HIPERDIA. Os objetivos específicos visam identificar o nº de pacientes cadastrados no programa; classificar os pacientes quanto à patologia: hipertensos e os diabéticos e hipertensos/diabéticos; caracterizar a faixa etária e gênero que apresenta maior incide no referido programa; traçar o perfil sócio - demográfico e cultural e especificar quanto aos riscos cardiovascular.

O que impulsionou a pesquisar este tema foi à afinidade com o assunto, que foi despertado desde os estudos que referem as patologias, bem como o vivenciar com a população acometida pela HAS e DM nos estágios curriculares voltados para a saúde pública e coletiva.

Nessa perspectiva, optou-se por uma pesquisa de cunho quantitativo de natureza exploratória, transversal, descritivo e retrospectivo, com análise documental, no qual foram obtidos dados socioculturais e demográficos, com a intenção de identificar o perfil dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, e também os aspectos relevantes acerca das patologias como fatores de risco e o tipo de tratamento, sendo estes estudados, organizados e apresentados em tabelas, evidenciando as conquistas alcançadas com o estudo, contando ainda com um apanhado bibliográfico através de materiais dispostos na biblioteca da instituição, livros, revistas, periódicos, como também em sites como: Bireme, Banco de dados da Scielo e Ministério da Saúde do Brasil.

Com isso, evidencia-se a relevância deste trabalho no que tange à busca por melhores formas na prestação de uma assistência holística, pois, á medida que o profissional de enfermagem traz para si compreensão e aperfeiçoamento, obtém-se um real e absoluto objetivo, o desenvolvimento do programa HIPERDIA de forma eficaz e o bem-estar do paciente através do foco no sucesso de uma assistência prestada.

Para tanto, este trabalho foi estruturado em dois momentos, onde primeiramente aborda-se o desenvolvimento, apresenta-se o referencial teórico que aborda o Programa HIPERDIA, os aspectos relevantes acerca da Hipertensão e Diabetes Mellitus. Ainda apresenta-se a descrição metodológica do trabalho a qual se utiliza para fundamentar a pesquisa, os resultados e discussão trazendo os dados obtidos e o confrontamento destes com estudos de mesma relevância. Por fim, finalizou-se o trabalho estabelecendo a conclusão dos autores bem como a enfatização da importância do mesmo para a profissão de enfermagem.

Assim acredita-se que os resultados desta pesquisa sejam relevantes para o meio acadêmico e profissional, visto que este tema, ainda possui poucos estudos referentes a perfis dos acometidos pelas HAS e DM. No entanto, nas circunstâncias de profissionais enfermeiros que dão importância ao ser humano, temos que propiciar formas, habilidades, capacidades, utensílios, técnicas e competências para fornecer maneiras de viver de forma compreensiva e digna (LIMA; GUALDA, 2000).

Dessa forma um estudo deste cunho, social e acadêmico, tem a possibilidade de tornar mais evidente à importância do programa HIPERDIA, bem como explicitar a HAS e DM e os acometidos por estas nesta cidade, inserindo-as num estudo cientifico, favorecendo uma maior compreensão acerca dos fatores que podem vir a contribuir com ações que possibilitem a minimização dos agravos causados por estas.

**2 DESENVOLVIMENTO**

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

**2.1.1 Programa HIPERDIA**

No Brasil são utilizados protocolos constituídos e um sistema nacional de cadastro de pessoas acometida com diabetes mellitus, como forma de prevenção e controle do diabetes e hipertensão (Brasil, 2010).

O [HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos](http://hiperdia.datasus.gov.br/) captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

Com a finalidade de reestruturar o atendimento aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS*),* o plano de reorganização de atenção ao cliente. Com isso harmonizando um atendimento resolutivo e de qualidade nas redes de saúde publica (Brasil, 2001).

Os principais objetivos do programa HIPERDIA é permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados nas unidades de saúde da família (USF), do Sistema Único de Saúde (SUS), e suscitar informações para a distribuição de medicamentos de forma ordenada aos pacientes acometidos com essas patologias (SES apud FERREIRA; FERREIRA 2009).

O alicerce de dados do sistema HIPERDIA, tem como foco estratificar por estado e cidade, o diagnóstico da população atingida pela HAS e DM. Porém, observou-se que não foi efetivada uma abordagem necessária a essa população, pela falta de conhecimento das unidades básicas de saúde acerca do perfil dos usuários (LIMA et al., 2011).

O Programa HIPERDIA soma-se às ações dos trabalhadores de saúde, e tem como proposta a prevenção de complicações decorrentes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pelo médico. Quando este fato está relacionado à falta de recursos financeiros para aquisição de medicamentos, o Programa possibilita aos usuários cadastrados, o acesso a medicamentos de forma gratuita e o acompanhamento médico (MIRANZI et al., 2008, p.674).

O HIPERDIA é integrado aos níveis de organização da rede municipal, e também é inserido em locais diferentes de instalação, como Unidades Básicas de Saúde, Secretarias de Saúde, Distritos Sanitários. A Base Nacional do Cadastro de Portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus é gerada através da transferência e recebimento dos dados do Subsistema Municipal para o Subsistema Federal do Sistema HIPERDIA (BRASIL, 2006).

Os conhecimentos gerados pelo sistema HIPERDIA permite que as práticas assistenciais factíveis e o êxito de sua utilização diária possam alcançar os objetivos esperados pela unidade de saúde (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010).

Um dos focos do programa é a distribuição dos medicamentos de forma unificada aos acometidos pelas patologias HAS e DM. São utilizados para o tratamento dessas patologias as seguintes medicações: Captopril 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg e Cloridrato de Propanolol 40 mg (anti-hipertensivos); Insulina NPH-100, Glibenclamida 5 mg e Metformina 850 mg (hipoglicemiantes). Que são distribuídas gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (PAULAet al., 2011).

O Ministério da saúde inseriu no ano 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, pelo fato da hipertensão arterial e o diabetes mellitus serem um dos principais fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular (BRASIL, 2001).

No Brasil e no mundo as doenças cardiovasculares exibem um alto índice de mortalidade na população, essas patologias induzem o seu acometido à invalidez total ou parcial, causando com isso grandes transtornos para o paciente, a sociedade e a família (BRASIL, 2002).

De 60 a 80% dos casos de DM e HAS podem ser tratados na rede básica, pois essas patologias formam em relação às doenças cardiovasculares os primordiais fatores de riscos (BRASIL, 2001).

 “Diante desta preocupação, a partir dos últimos anos da década de noventa, organizações internacionais somam esforços para a prevenção das DCNT em países do Terceiro Mundo” (NISSINEM; BERRIOS; PUSKA, 2001, p. 10).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT estabelecem graves problemas de saúde pública, sobressaindo-se a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, a obesidade e doenças cardiovasculares (ZIMMET, 1986).

**2.1.2 Hipertensão**

Quando se diz que uma pessoa tem hipertensão (ou “pressão alta”), significa que sua pressão arterial média é maior que o limite superior da faixa aceita de normalidade. Usualmente, uma pressão arterial média maior que 110 mm Hg, em considerações de repouso (o normal é cerca de 90 mm Hg), é considerada hipertensiva; este nível ocorre quando a pressão sanguínea diastólica é maior que 90 mm Hg e a pressão sistólica é maior que cerca de 135 a 140 mm Hg. Na hipertensão muito grave, a pressão arterial média pode subir de 150 a 170 mm Hg, com pressões diastólicas de até 130 mm Hg e pressões arteriais sistólicas ocasionalmente elevadas até 250 mm Hg (GUYTON; HALL, 1998, p.145).

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para o aumento das doenças renais cerebrais e cardiovasculares, sendo um grave problema público no Brasil (BRASIL, 2006).

Segundo Guyton e Hall (2002), a expectativa de vida dos acometidos pela HAS, mesmo que moderada resulta em uma diminuição. Se o individuo for tratado de maneira correta, este pode ter uma maior perspectiva de vida.

Além de ser primordial fator de risco cardiovascular cerebral, a hipertensão arterial sistêmica, também contribui para o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a doença renal crônica terminal, sendo elas as complicações mais comuns (BRASIL, 2006).

“A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada” (BRASIL, 2002, p.5).

“A hipertensão arterial sistêmica (HAS) acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60% dos casos da doença em 2025” (Kearneyet al., 2005, p.365).

Em nosso meio, a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Constituem, sem dúvida, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o AVE, tem como origem a hipertensão não controlada (BRASIL, 2001, 09-10).

Os fatores socioeconômicos e étnicos relacionam-se com a gravidade e relevância da hipertensão na raça negra. No Brasil prevalecem os miscigenados, assim diferenciando as características da patologia quanto aos negros (BRASIL, 2006).

**2.1.2.1Complicações**

Uma das principais causas de insuficiência renal, acidentes celebrais (AVC) e doenças cardíacas (doença coronariana, infarto do miocárdio, arritmias e morte súbita) e neurológicas (encefalopatia hipertensiva), é a hipertensão. Isso ocorre quando a doenças está em estado avançado podendo atingir qualquer sistema do organismo, trazendo consigo graves complicações ao paciente (WILKINS; WILLIAMS, 2006).

**2.1.2.2 Diagnóstico**

O diagnóstico de HAS somente pode ser estabelecido quando são realizados no mínimo três medidas, com uma diferença temporal de uma semana entre elas e identificados valores de PAS superior a 140 mmHg ou de PAD superior a 90 mmHg considerando o indivíduo adulto superior a 18 anos. Quando se comprova uma PAS maior ou igual a 210 mmHg ou mesmo uma PAD maior ou igual a 120 mmHg, é necessário mais de uma medida para instituir o tratamento (LEPORI, 2004 apud OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2010, p. 389).

Segundo Brasil (2001), é de grande importância que os profissionais de saúde sejam capacitados e treinados de forma correta, tendo eles a consciência de avaliar o paciente em todas as consultas, sendo ele de qualquer sexo.

**2.1.2.3 Prevenção e Tratamento**

Os medicamentos utilizados pelos pacientes hipertensos não terão resultados se os acometidos não levarem um habito de vida saudável, como: a realização de exercícios físicos, controle de peso, alimentação saudável, diminuição da ingesta de sal, lembrando que o tabagismo e o álcool devem ser controlados, pois são um dos fatores mais relevantes para o aparecimento da hipertensão arterial (BRASIL, 2006).

Para Brasil (2006, p. 28):

o objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

“Para pacientes com hipertensão não-complicada e sem indicações específicas para outros medicamentos iniciais recomendados incluem diuréticos e/ou beta-bloqueadores” (SMELTZER; BARE, 2004, p. 908).

**2.1.3 Diabetes**

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Diabetes mellitus é caracterizado pela diminuição ou incapacidade da insulina desempenhar sua função no organismo, tendo como principais sintomas: polidipsia, polinúria, borramento da visão e perda de peso, podendo gerar alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas (WORD HEALTH ORGANIZATION apud MIRANZIet al., 2008).

O diabetes melitus é causado pela falta de secreção de insulina pelo pâncreas, o que, por sua vez, impede o uso normal de glicose pelo metabolismo. Com efeito, parte das gorduras é desdobrada em ácido acetoacético, que é metabolizado pelos tecidos no lugar da glicose para a obtenção de energia. No diabetes melito grave, o nível sanguíneo de ácido acetoacético pode aumentar acentuadamente, causando acidose metabólica grave. Na tentativa de compensar essa acidose, é excretada grande quantidade de ácido na urina, atingindo, muitas vezes, 500 mmol/dia (GUYTON; HALL, 2002, p.341).

O sedentarismo, a obesidade, o crescimento da urbanização, o aumento do envelhecimento populacional são fatores contribuintes para o aumento da DM (ERBERLY et al., 2003).

Segundo Guyton e Hall (1998), a obesidade faz com que a insulina de todo o corpo tenha menos eficácia, pois está é responsável pela diminuição do receptores insulínicos nas células-alvo de toda insulina do organismo, assim tendo grande colaboração para o aparecimento do diabetes mellitus.

“As hospitalizações atribuíveis ao diabetes mellitus representam 9% dos gastos hospitalares do Sistema Único da Saúde “(ROSA; SCHMIDT, 2008, p.17).

“Os diferentes tipos de Diabetes Melito variam segundo a etiologia, evolução clinica e tratamento. As principais classificações do diabetes são diabetes do tipo 1 e diabetes do tipo 2 “(BRUNNER; SUDDARTH, 2009, p.1160).

Atualmente os tipos de diabetes predominantes são: diabetes tipo 1 conhecido antigamente como diabetes juvenil que abrange cerca de 10% dos casos, e diabetes tipo 2 conhecido antigamente como diabetes do adulto abrangendo 90% dos casos. O diabetes gestacional cuja causa ainda é desconhecida é também outro tipo que frequentemente é encontrado através do rastreamento no pré-natal (BRASIL, 2006).

**2.1.3.1 Diabetes Mellitus Tipo I**

Segundo Brunner e Suddarth (2009, p.1161):

o diabetes do tipo 1 caracteriza-se pela destruição da células beta pancreáticas. Acredita-se que fatores genéticos, imunológicos e possivelmente ambientais (p. ex., virais) combinados contribuam para a destruição da célula beta. Embora os eventos que levam à destruição da célula beta não sejam compreendidos, em geral é aceito que uma suscetibilidade genética é um fator subjacente comum no desenvolvimento do diabetes do tipo 1. As pessoas não herdam o diabetes do tipo 1, mas sim possuem predisposição ou tendência genética para desenvolver o diabetes do tipo 1.

O termo diabetes mellitus insulino-dependente (DMID) é um marco antigo que atribui a pessoas que dependem da insulina para sua sobrevida. Sem a insulina os pacientes podem adquirir complicações graves em seu metabolismo. Ressalta-se que o diabetes tipo 1 é desenvolvido na fase infantil e se manifesta na puberdade.(CONTRAN; KUMAR e COLLINS, 2000).

**2.1.3.2 Diabetes Mellitus Tipo II**

Cerca de 90 a 95% das pessoas acometidas pela diabetes são afetadas pelo tipo 2, estas possuem resistência à insulina, assim tendo o funcionamento das células beta danificados, procedendo numa menor produção de insulina em seu organismo (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

Segundo Brasil (2006), a terminação tipo 2 da diabetes, é utilizado para indicar uma respectiva carência de insulina, sendo assim, nesse caso administrar-se insulina não evita a cetoacidose, que mesmo sendo um caso incomum, pode ocorrer seguida de infecção e/ou estresse gravíssimo, e sim visa somente controlar a hiperglicemia.

O diabetes tipo 2 é menos assintomática ou sintomática, e correspondem a 90% dos casos. As pessoas com antecedentes familiares, sobrepeso ou obesidade e idade maior que 50 anos são mais propensas a desenvolver o diabetes tipo 2. O diabetes tipo 1 atinge com maior frequência jovens e crianças, e os sintomas são mais definidos, sendo ele também insulino-dependente, distinguindo-a da diabetes tipo 2 (EXPERT COMMITEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUSapud CESSE et al., 2009).

**2.1.3.3Diabetes Gestacional**

Segundo Brasil (2002), a Diabetes Gestacional, se define pela redução de tolerância à glicose, sendo diagnosticada inicialmente na gravidez, prosseguindo ou não a pós a gestação.

 “O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%” (BRASIL, 2002, p.05).

“O tratamento inicial inclui a modificação da dieta e a monitoração da glicemia se a hiperglicemia persistir a insulina é prescrito. Os agentes hipoglicemiantes orais não devem ser empregados durante a gravidez” (SMELTZER e BARE, 2004, p.1221).

**2.1.3.4 Complicações**

Os distúrbios metabólicos têm como principal implicação a hiperglicemia, integrada ao diabetes de longa duração de ambos os tipos, podem ocasionar graves complicações como: microangiopatia, neuropatia,nefropatia e retinopatia (CONTRAN; KUMAR e COLLINS, 2000).

Se o tratamento e o controle do diabetes não forem corretos podem acarretar em complicações agudas, ou até o óbito do acometido. Entretanto, mesmo tendo um domínio satisfatório da glicemia, no decorrer dos anos pode ocasionar o desenvolvimento de complicações secundarias da patologia, causando lesão tecidual, atingindo inicialmente o sistema cardiovascular nervoso (RHOADES; TANNER, 2005).

**2.1.3.5 Diagnóstico**

O diagnóstico do Diabetes Mellitus se dá através da medição dos níveis plasmáticos, o exame é feito após uma noite em jejum, em no mínimo duas ocasiões diferentes para poder estabelecer o diagnóstico, sendo ele com níveis plasmáticos elevados de glicose, como referência usa-se níveis de glicose acima de 126mg/dL (7,0mmol/L) como valor para se diagnosticar o mesmo. A notoriedade do diabetes mellitus pode ser evidenciada através dos seus sintomas como: maior ingestão de alimentos, diminuição do peso, micção frequente e aumento da sede (RHOADES; TANNER, 2005).

**2.1.3.6 Prevenção e Tratamento**

Segundo Smeltzer e Bare (2004, p. 1222), “a principal meta do tratamento do diabetes consiste em normalizar a atividade de insulina e os níveis sanguíneos de glicose para reduzir o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas.”

Os acometidos pela DM do tipo 2, podem vim a carecer da utilização de agentes antidiabéticos orais para excitar a fabricação de insulina endógena, o suprimento hepático da gliconeogênese, aumentar no nível celular a sensibilidade à insulina, e retardar a absorção GI dos carboidratos (WILKINS; WILLIAMS, 2006).

O tratamento do DM se modifica de acordo as alterações e atitudes que o paciente insere em sua vida, sendo elas estilo de vida, estados físico e emocional e também pelos progressos nas técnicas de tratamento. Sendo assim existe a necessidade constante pelos profissionais de saúde de modificar e ajustar a forma de tratamento para seus pacientes (SMELTZER; BARE, 2004).

**3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O presente estudo descreveatravés de uma abordagem quantitativa o perfil dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA no período de 2011, em uma USF,localizada no município de Barreiras-Ba.

Desta forma, após o processamento, os resultados foram organizados e baseados nas respostas buscando-se estabelecer relações entre os dados obtidos e a referência estudada, sinalizando os principais dados coletados através da analise dos 72 prontuários. Os resultados foram apresentados em06 tabelas( Tabela 1: Distribuição de pacientes cadastrados no programa HIPERDIA em uma USF no município de Barreiras-BA, segundo as patologias; Tabela 2: Relação dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA em uma USF no município de Barreiras – BA, segundo o sexo, a raça e idade; Tabela 3: Distribuição dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA em uma USF no município de Barreiras-BA segundo aos tipos de diabetes; Tabela 4: Distribuição dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA em uma USF no município de Barreiras-BA segundo a situação familiar/conjugal; Tabela 5: Distribuição dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA em uma USF no município de Barreiras-BA segundo os ricos cardiovasculares; Tabela 6: Distribuição dos pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA em uma USF no município de Barreiras-BA segundo a prática de exercício físico e forma de tratamento), que demonstram o perfil daamostra, por patologias individuais e conjugadas ( Diabetes, Hipertensão, Diabetes/Hipertensão).

**Tabela 1** - Distribuição de pacientes cadastrados no programa HIPERDIA em um PSF no município de Barreiras-BA, segundo as patologias.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variáveis** | **N** | **%** |
| Diabéticos | 2 | 2,8 |
| Hipertensos | 54 | 75 |
| HAS/DM | 16 | 22,2 |
| **Total** | **72** | **100** |

Fonte: Pesquisa de campo- 2012.

Na Tabela 2 o grupo composto pelos indivíduos afetados pelas patologias HAS e DM foi composto por 22, 2% (16) dos cadastrados; 2,8% (2) apenas Diabéticos; e 75% (54) apenas Hipertensos, evidenciando assim o maior número de cadastrados.

Toscano (2004), apud Lima etal. (2001) afirma que as transformações sociais econômicas e culturais elucubraram a persistência dos péssimos hábitos de vida como alimentação inadequada, a obesidade e o sedentarismo, o que favoreceu a alta incidência e prevalência da DM e HAS na população mundial.

Wild, Roglic e Green (2004) apud Morais et.al (2010), anunciaram os dados de uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca das estimativas de prevalência do Diabetes Mellitus entre 2000 e 2030; afirmam que o Brasil em 2030 terá 8,9 milhões de diabéticos, ocupando a sexta posição dos dez países com maior número de Diabetes Mellitus.

Ferreira e Ferreira (2009) realizaram um estudo com o intuito de descrever as características de pacientes diabéticos atendidos na rede publica cadastrados no HIPERDIA em Cuiabá/ MT, constando que a HAS esteve presente em 80,9% dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 e em 82,2% dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1; elucidando a presença da HAS e DM (conjugadas) nos mesmos pacientes.

Carvalho etal. (2012) em pesquisa realizada em 2010 acerca da adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no HIPERDIA no município de Teresina no (PI), obteve dados semelhantes com o estudo em questão. Foram entrevistados 400 usuários do programa HIPERDIA, sendo que 71,5% (286) eram hipertensos, 10% (40) diabéticos e 18,5% (74) eram diagnosticados com as duas morbidades.

Borges e Caetano (2005) afirmam que o HIPERDIA é um programa de maior impacto sobre a DM e HAS, bem como aos riscos para as patologias cardiovasculares, e poderá apresentar uma diminuição significativa na morbi/mortalidade causada por essas doenças.

Através do HIPERDIA os pacientes diagnosticados com HAS e DM cadastrados recebem a medicação continua gratuitamente e suas condições clinicas são monitoradas no intuito de diminuir a morbi/mortalidade dessas doenças (BRASIL, 2001).

A HAS e DM devem ser prevenidas e controladas, para isto é necessário uma mudança no estilo de vida, como alterações na dieta, ingestão de medicamentos e práticas de exercícios físicos (International Diabetes Federation 2006 apud MIRANZI et.al., 2008).

**Tabela 2 -** Relação dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA em um PSF no município de Barreiras – BA, segundo o sexo, a raça e idade.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VARIÁVEIS | DIABÉTICOS | HIPERTENSOS | HAS/DM | TOTAL |
| N | % | N | % | n | % | N | % |
| Sexo |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Masculino | - | - | 19 | 26,4 | 04 | 5,5 | 23 | 31,9 |
| Feminino | 02 | 2,8 | 35 | 48,6 | 12 | 16,7 | 49 | 68,1 |
| Total | 02 | 2,8 | 54 | 75 | 16 | 22,2 | 72 | 100 |
| Raça |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Branco | - | - | 06 | 8,4 | 02 | 2,8 | 08 | 11,2 |
| Preto | - | - | 07 | 9,7 | 04 | 5,5 | 11 | 15,2 |
| Amarelo | - | - | 05 | 6,9 | - | - | 05 | 6,9 |
| Pardo | 02 | 2,8 | 36 | 50 | 10 | 13,9 | 50 | 66,7 |
| Total | 02 | 2,8 | 54 | 75 | 16 | 22.2 | 72 | 100 |
| Idade |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20-39 | 01 | 1,4 | 02 | 2,8 | 01 | 1,4 | 04 | 5,6 |
| 40-59 | 01 | 1,4 | 30 | 41,7 | 08 | 11,1 | 39 | 54,2 |
| 60-79 | - | - | 21 | 29,2 | 04 | 5,5 | 25 | 34,7 |
| ≥80 | - | - | 01 | 1,4 | 03 | 4,1 | 04 | 5,5 |
| Total | 02 | 2.8 | 54 | 75.1 | 16 | 22.1 | 72 | 100 |

Fonte: Pesquisa campo 2012

A tabela 1 demonstra a relação entre o perfil dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA, quanto ao sexo, raça e idade. Desta forma, nota-se que a maioria dos pacientes hipertensos, 48,6% é do sexo feminino. Da mesma forma, o sexo feminino foi mais significativo nos pacientes com diabetes e hipertensão, totalizando 16,7% e diabéticos, 2,8%. Quanto à raça, os pardos são a maioria em todas as categorias, ou seja, 50% deles são hipertensos, 13,9% são hipertensos e diabéticos e 2,8% são apenas diabéticos. Quanto aos negros, 9,7% são hipertensos e 5,5% são hipertensos e diabéticos. Na raça branca, 8,4% são hipertensos e 2,8% são hipertensos e diabéticos. A raça amarela foi minoria, 6,9% destes são hipertensos. Ao avaliar as idades dos cadastrados, nota-se que a maioria, 41,7% dos hipertensos tem idade entre 40 e 59 anos, da mesma forma, esta faixa etária foi a mais prevalente nos pacientes hipertensos e diabéticos, correspondendo a 11,1%. A segunda idade mais frequente, foi à faixa etária entre 60 e 79 anos, neste caso 29,2% são hipertensos e 5,5% são hipertensos e diabéticos.

Segundo Brasil (2011), existem 7.459.833 diabéticos, deste total, 4.021.823 são do sexo feminino e 3.408.010 do masculino. Em se tratando de hipertensão artérial sistêmica, os números são extremamente alarmantes, onde 32.639.130 de pessoas se declararam acometidos por essa patologia. Nas mulheres há alta prevalência, com 18.951.958 (58,06%) e nos homens 13.687.172 (41,94%).

Os achados deste estudo corroboram com os da literatura, onde há na população feminina os maiores números de DM e HAS.

Uma investigação a cerca do perfil epidemiológico e avaliação da qualidade de vida de indivíduos com DM e HAS, acompanhados pela equipe de saúde da família de um município do interior de Minas Gerais, realizados em 2008, constatou a predominância do sexo feminino na área estudada (MIRANZI etal., 2008).

Moreira, Gomes e Santos (2010), afirmam que a alta prevalência do sexo feminino nos casos de HAS e DM está relacionada com a percepção do alto cuidado, historicamente e culturalmente adquiridas, bem como maior procura pelos serviços de saúde.

Martins et al. (2007) apud Miranzi (2008), afirmam que há maior predominância do sexo feminino no planeta, e consequentemente esta população é a mais atingida, e por buscarem mais os serviços de saúde são diagnosticadas pelas patologias.

A Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (2005) apud Moreira, Gomes e Santos (2010) e Feijó, Ávila e Rabelo (2009)ainda corroboram que as transformações no comportamento feminino bem como em suas atividades influenciam significativamente no processo de saúde-doença; tais transformações influenciam no aparecimento do estresse, e outras questões, como tabagismo, etilismo, que são considerados fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Em relação à raça, Brasil (2006) afirma que HAS se apresenta mais nos negros, e a gravidade da doença são maiores. Tais achados são relacionados aos fatores éticos ou socioeconômicos desta população.

Os resultados obtidos por Ferreira e Ferreira (2009) em estudo transversal com dados secundários do HIPERDIA em relação à raça (cor) se assemelham com o do presente estudo, onde a predominância dos cadastrados no HIPERDIA da raça parda. Estes ainda referem a maior prevalência da DM devido às condições socioeconômica da maior parte dos indivíduos, considerada baixa, bem como a procura pelos serviços públicos por essa população.

A população estudada concentrou-se na faixa etária de 40-59 anos, o que vai de encontro aos achados na literatura. Para Henrique et al., (2010) apud Lima et al., (2011), tanto a HAS quanto a DM possuem maior prevalência em indivíduos acima de 50 anos, e no Brasil este numero é considerável devido a fatores como envelhecimento da população Brasileira.

Em um estudo descritivo e documental através do cadastro das fichas no HIPERDIA, ficou constado que a faixa etária mais acometida foi a de 35 à 40 anos, o que segundo os autores através deste resultado há uma delação da visão superficial dos adultos jovens pelos serviços de saúde cardiovascular, pois culturalmente estes são procurados mais frequentemente pelos idosos. (BRASIL, 2011).

Ferreira e Ferreira (2009), salientam que as politicas de saúdedevem estabelecer medidas de promoção a saúde nas faixas etárias com maior risco, porém não deve excluir ou negligenciar outros ciclos da vida.

**Tabela 3** - Distribuição dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA em um PSF no município de Barreiras-BA segundo aos tipos de diabetes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variáveis** | **N** | **%** |
| Diabetes |  |  |
| Tipo I | 7 | 38,9 |
| Tipo II | 11 | 61,1 |
| **Total:** | **18** | **100** |

Fonte: Pesquisa campo- 2012.

A tabela 3 que aborda a distribuição dos pacientes cadastrados em relação aos tipos de diabetes, houve maior frequência de indivíduos com tipo II da doença, com 61, 1% (11) e 38,9% (7) com diabetes tipo I.

O Diabetes Mellitus representa atualmente um repto para os gestores dos sistemas de saúde mundial, considerada uma epidemia, perceptível nas altas taxas de incidência e prevalência alarmantes em todo o mundo (BRASIL, 2006).

Existem vários tipos de DM, porem as mais comuns são as Diabetes Mellitus do tipo I, caracterizada pela insuficiência total de insulina, consequentemente torna-se necessário à administração de insulina para prevenção da cetoacidose, coma e morte; a Diabetes Mellitus tipo II, caracterizada pela deficiência parcial de insulina, considerada um tipo menos grave da doença. (BRASIL, 2006).

Corroborando como os resultados deste estudo, onde a maioria dos cadastrados apresentavam a Diabetes Mellitus do tipo 2, o Expert CommiteeontheDiagnosisandClassificationof Diabetes Mellitus (1997) apud Cesse et.al 2009, afirmam que 90% dos casos confirmados de Diabetes são do tipo 2.

Wild etal., (2004) apud Ferreira e Ferreira (2009) afirmam em seus estudos acerca de prevalência global de DM e as projeções dessa doença, que as estimativas para o ano 2030 é de aproximadamente 366 milhões de diabéticos, sendo que 90% apresentarão a Diabetes Tipo 2.

De acordo com a Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Politicas de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil (2001) as principais causas do aumento da prevalência do Diabetes tipo 2 são as transformações no estilo de vida e a expectativa de vida, bem como os fatores relacionados as características da doença, como os hábitos de vida, hereditariedade e o aparecimento da doença após os 35 anos.

**Tabela 4** - Distribuição dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA em um PSF no município de Barreiras-BA segundo a situação familiar/conjugal.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Situação Familiar/Conjugal** | **n** | **%** |
| Convive com companheira (o) e filho (s) | 31 | 43,0 |
| Convive com companheira (o) com laços conjugais e sem filhos | 9 | 12,5 |
| Convive com companheira (o) filhos e/ou outros familiares | 12 | 16,7 |
| Convive com a família, sem companheira (o) | 20 | 27,8 |
| **Total** | **72** | **100** |

Fonte: Pesquisa de campo- 2012.

Dentre os cadastrados no programa, foi evidenciado nos prontuários que 43% (31) convivem com companheira (o) e filho (s);27,8% (20) Convivem com a família, sem companheira (o), 16,7% (12) Convivem com companheira (o) filhos e/ou outros familiares; e 12,5% (9) Convivem com companheira (o) com laços conjugais e sem filhos.

Os resultados obtidos em relação à situação familiar ou conjugal dos cadastrados se assemelham com os achados de Ferreira e Ferreira (2009) onde 90% dos estudados conviviam com outras pessoas.

A OMS apud Miranzi 2008, referem-se ao estado cível dos indivíduos exerce função importante no autocuidado e na relação ativa da família.

A atenção, preocupação expostas pelos familiares e todos que estão a volta do acometido por HAS durante a convivência, possibilita a estimulação das relações sociais e do apoio mútuo (DEPARTAMENTO DE HAS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

Brasil (2006), afirma que o cuidado com o diabético é um desafio tanto para os profissionais da saúde, quanto para a família, pois muitas vezes as mudanças nos hábitos de vida exercida pela doença refletem não apenas no acometido, mas em todos que estão a sua volta.

Alves (2005) apud Carvalho 2012, afirmam que a educação em saúde é necessária para uma compreensão dos processos de saúde-doença, bem como a promoção e prevenção em saúde, esta deve fazer parte do cotidiano dos profissionais envolvidos, da comunidade, do doente e da família dos acometidos pelo DM e HAS.

**Tabela 5** - Distribuição dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA em um PSF no município de Barreiras-BA segundo os riscos cardiovasculares.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Variáveis** | **Diabéticos** | **Hipertensos** | **Hipert/Diabet** |
|  | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Sobrepeso/Obesidade | - | - | 25 | 16,9 | 4 | 8,5 |
| Sedentarismo | 1 | 25 | 26 | 17,6 | 8 | 17,0 |
| Antecedentes Familiares | 1 | 25 | 29 | 19,6 | 14 | 29,8 |
| Tabagismo | 1 | 25 | 15 | 10,1 | 6 | 12,8 |
| Idade (acima de 40 anos) | 1 | 25 | 53 | 35,8 | 15 | 31,9 |
| **Total** | **4** | **100** | **148** | **100** | **47** | **100** |

Questão de múltipla escolha, pois um paciente pode apresentar mais de uma variável para fatores de risco cardiovascular.Fonte: Pesquisa campo- 2012

Desta forma na tabela 5 verifica-se a distribuição dos fatores de riscos cardiovasculares dos cadastrados no Programa HIPERDIA, o grupo de hipertensos apresentava 16,9% (25) de cadastrados com sobrepeso/obesidade; 17,6% (26) sedentarismo; 19,6% (29) antecedentes familiares; 10,1% (15) tabagismo e 35,8% (53) apresentava idade acima de 40 anos.

O grupo de diabéticos não apresentou cadastrados com sobrepeso/obesidade; porém 25 % (1) apresentava sedentarismo; 25% (1) antecedentes familiares; 25% (1) tabagismo; 25% (1) apresentava idade acima de 40 anos.

Dentre os diagnosticados com as patologias HAS e DM, 8,5% (4) apresentava sobrepeso/obesidade; 17,0% (8) sedentarismo; 29,8% (14) antecedentes familiares; 12,8% (6) apresentava tabagismo; e 31,9% (15) apresentava idade acima de 40 anos.

A obesidade é também considerada um grande problema de saúde pública, que representa altos números alarmantes em todo o mundo. Fatores como alimentação inadequada e o sedentarismo tem sido constantemente associadas a obesidade, bem com principalmente a DM tipo 2 (ZIMMET, 2003; GREIBB, 2002, apud TOSCANO , 2004).

Moreira; Gomes e Santos (2010), em um estudo descritivo e documental acerca dos fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com HAS e DM, declaram que o sobrepeso e o sedentarismo são constantemente encontrados em estudo acerca dos fatores de risco cardiovasculares, e isto é consequência de uma sociedade consumista, onde a alimentação deve ocorrer de forma rápida e prática e as atividades cotidianas que exigem mínimos esforços para serem executadas.

Fatores associados aos hábitos de vida, como o sedentarismo e a obesidade, possuem significativa importância tanto na instituição quanto no controle da HAS e DM (LIMA et al., 2011).

O sedentarismo e o tabagismo têm sido associados ao risco para morte prematura. Calcula-se que o sedentarismo seja responsável por 10% a 16% pelos casos de DM e 22% das patologias isquêmicas (CDC 2003 apud FERREIRA; FERREIRA 2009).

Apesar dos benefícios comprovados e expostos pelos meios de comunicação e campanhas, a prática de exercícios físicos regulares ainda não é exercida de forma satisfatória. Dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2005) mostram que 80,3% da população não se exercitam habitualmente, sendo este fator preocupante, pois o sedentarismo é relacionado ao desenvolvimento de inúmeras doenças, principalmente cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005 apud BAREL et. al., 2010).

Neste estudo, os antecedentes familiares teve maior prevalência nos indivíduos com HAS. De acordo com a literatura os antecedentes familiares é fator relevante para o desenvolvimento de doenças como a diabetes e a HAS (TOMONO, OHSHIMA e MURATA (1990), LAUER(1991), BURKE(1991) apud VERAS et al., 2007). O mesmo autor em estudo realizado com universitários revelou que 72,1% possui antecedentes familiares para DM, e 76,2% para HAS.

Girottoet al., 2009 apud Freitas e Sherer, 2010, afirmam que a antecedência familiar é um fator de risco não medicável e por isso o reconhecimento deste é essencial para a análise de indivíduos em relação aos riscos cardiovasculares.

Segundo o INCA (2008), o tabagismo no Brasil assim como em todo o planeta, é um imenso problema de saúde pública. Visto que este aparece em diversas doenças como fator de risco para desenvolvê-las. O tabagismo é considerado a principal causa de morte previnível, e aproximadamente no planeta 1 bilhão e 200 milhões de pessoas são tabagistas.

O tabagismo é frequentemente associado às riscos cardiovasculares. Brasil (2006), afirma que em analise do MAPA, houve variação maior da pressão arterial nos hipertensos fumantes, sendo mais elevada do que nos não tabagistas.

Stewart (1994) apud Corrêa 2003 corrobora com Brasil (2006), e ainda acrescenta que o tabagismo não causa a HAS, porem os hipertensos tabagistas possuem maior probabilidade de desenvolverem hipertensão maligna e nefroesclerose.

Estudos evidenciaram que há uma maior incidência de diabetes tipo 2 nos fumantes, e que o cigarro não é causa direta da diabetes (RIM et al., 1995; UCHIMOTO et al., 1999 apud LYRA; OLIVEIRA, LINS 2006). Sendo assim os tabagistas devem ser estimulados a vencer o habito de fumar por meio de medidas educativas e de promoção à saúde (BRASIL, 2006).

Neste estudo, dos 72 cadastrados no HIPERDIA possuem a idade acima de 40 anos, corroborando com o estudo de Miranziet al., (2008), que afirma que indivíduos com idade superior a 35 anos possuem maior probabilidade a desenvolver a DM e HAS.

Henrique et al., (2008) apud Lima et al.,(2011) que a HAS e DM ocorre com mais frequência em indivíduos acima de 50 anos.

Em estudo realizado por Moreira; Gomes, Santos (2010), acerca dos fatores de risco cardiológico a faixa etária mais acometida pela HAS e DM foi a de 35 a 40 anos. Tais achados ilustram que o aumento das doenças circulatórias são devido ao aumento da idade e ao tempo que os indivíduos se expõem ao risco cardiovasculares (BALDISSERCE; CARVALHO, PELLOSO 2009, apud MOREIRA; GOMES, SANTOS, 2010).

**Tabela 6** - Distribuição dos pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA em um PSF no município de Barreiras-BA segundo a prática de exercício físico e forma de tratamento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VARIÁVEIS** | **N** | **%** |
| **Prática de exercício** |  |  |
| Sim | 37 | 51,4 |
| Não | 35 | 48,6 |
| Total | 72 | 100 |
| **Forma de Tratamento** |  |  |
| Não Medicamentoso | 05 | 6,9 |
| Medicamentoso | 67 | 93,1 |
| **Total** | **72** | **100** |

Fonte: Pesquisa de campo- 2012.

A Tabela 6 expõe as variáveis em relação a pratica de exercícios e a forma de tratamentos dos cadastrados no programa, onde 51,4% (37) praticavam exercícios físicos e 48,6% (35) não praticava; em relação as tratamento, 93,1% (67) adotavam terapia medicamentosa e 6,9% (5) corresponde aos não aderentes à terapia medicamentosa.

Medidas preventivas como a mudança nos hábitos alimentares e no estilo de vida, possuem comprovadamente reflexos positivos na qualidade de vida. Tais medidas associadas com a prática de exercícios físicos aumentam as chances de envelhecimento mais saudável, livres de patologias como diabetes mellitus e HAS, influenciando assim na melhor qualidade de vida (GOYA 1996 apud FLORES 2010).

Flores (2010),ainda ressalta que a população precisa se conscientizar acerca da prática de atividade física regularmente e de seus benefícios, adotando-o como estratégia para um envelhecimento saudável.

Brasil (2006), afirma que a prática de atividade física regular diminui os valores pressóricos, os riscos de acidentes vasculares cerebrais e outras doenças cardiovasculares, atua no controle metabólico e controle do peso e consequentemente melhora a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos.

As medicações para o tratamento e controle da HAS e DM são constitucionalmente garantidos gratuitamente pelo Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde, porém estimativas deste órgão, através do DATASUS afirmam que metade dos acometidos por estas doenças no país estão cadastrados nos programas, e consequentemente o acesso ao tratamento e acompanhamento fica prejudicado, e muitos não são viabilizados para esta população. (BRASIL, 2006)

Na HAS e DM são empregadas formas medicamentosas e não medicamentosas para o tratamento dessas doenças. Neste estudo houve prevalência significativa do tratamento medicamentoso.

A adesão ao tratamento medicamentoso depende da compreensão do paciente acerca de sua condição de saúde e da sua responsabilidade e comprometimento com o tratamento, bem como a participação dos profissionais de saúde e da família (RLEIN; GONÇALVES 2005 apud CARVALHO et al., 2012).

O tratamento medicamentoso deve estar levando algumas considerações relevantes, como as condições socioeconômicas do cliente, a tolerância das medicações, os efeitos adversos das medicações utilizadas, a planificação e os objetivos terapêuticos (BRASIL, 2006).

Brasil (2006), afirma que no caso do diabetes que uma doença evolutiva o tratamento farmacológico, ou seja, medicamentoso deve estar associado a hábitos e estilos de vida saudáveis, como alimentação saudável e balanceada, e ainda a prática de exercícios físicos, para que o tratamento alcance seus objetivos.

O autor acima cita que o objetivo do tratamento nos casos de HAS é diminuir a morbimortalidade cardiovascular, e que o tratamento não-medicamentoso deve incluir medidas como o controle do peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e prática de atividades físicas.

Paz etal., (2011) afirmam que as mudanças sociais, econômicas, culturais, bem como as transformações no estilo de vida, são fatores que influenciam no controle da HAS. Sendo assim o tratamento medicamentoso e não medicamentoso possuem relevância e influencia nas medidas que venham a contribuir com a melhor qualidade de vida do hipertenso.

**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica acometem milhões de indivíduos em todo o mundo, sendo um problema de saúde publica e um desafio para os gestores, médicos e demais profissionais de saúde, pesquisadores e principalmente para os acometidos por estas patologias.

Através do estudo acerca do perfil dos usuários do programa HIPERDIA de uma unidade de saúde, pode-se perceber a relevância deste programa no acompanhamento e controle da DM e HAS, bem como a importância em averiguar o perfil dos hipertensos e diabéticos como um dos meios de analise da situação de saúde desta população.

Retomando aos objetivos estabelecidos nesse estudo, vale ressaltar que foram confirmados com levantamento de dados e revisão de literatura.

Nessa perspectiva os resultados obtidos apontam uma predominância do sexo feminino, acometidas pela HAS, e concomitantemente pela HAS e DM, sendo o diabetes tipo II mais presente entre as acometidas cadastradas no programa HIPERDIA.

Os resultados revelaram ainda que há maior número de pardos, com faixa etária entre 40 a 59 anos, que convivem com companheiro e filhos e utilizam medicamentos para o tratamento das doenças.

Observou-se também que os fatores de risco cardiovasculares como sedentarismo, antecedentes familiares e idade acima de 40 anos, se apresentaram nos cadastrados no programa estudado e que maioria desta realizavam a prática de exercícios físicos estando de acordo com algumas pesquisas realizadas no Brasil.

Nesse contexto observou-se que o instrumento de coleta de dados foi essencial e imprescindível na obtenção às informações acerca dos hipertensos e diabéticos cadastrados no HIPERDIA, visto que, este foi elaborado baseado na Ficha de Cadastro do Programa do Ministério da Saúde, o que possibilitou traçar o perfil da população do estudo alcançando assim os objetivos da pesquisa. Tais dados juntamente com outras informações existentes em bancos de dados, sistemas ou instrumentos de registro, como as fichas e prontuários da unidade poderão contribuir para a elaboração de ferramentas úteis nas ações de planejamento, controle, acompanhamento e prevenção da HAS e DM.

Sendo assim este estudo de cunho acadêmico e social sofreu algumas dificuldades para sua realização, onde se percebeu uma desorganização nas fichas de cadastro do programa, algumas não estavam respondidas de forma correta ou apresentavam informações incompletas, sendo excluídas da pesquisa. Nesse sentido baseado na importância do preenchimento das fichas do programa HIPERDIA, ressalva-se o compromisso e conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos, já que estes participam diretamente no cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos cadastrados nas unidades de saúde.

Para tanto há uma necessidade na capacitação dos profissionais de saúde que atuam no programa, bem como a elucidação da importância do mesmo para com estes agravos de saúde publica, contribuindo para uma participação efetiva e holística principalmente do enfermeiro, favorecendo uma assistência mais completa e que oferte maior qualidade na fidelidade dos dados contidos nas fichas, e consequentemente aos cadastrados no programa para que sejam realizadas em ações de educação, promoção e prevenção, e recuperação de saúde.

Com isso enquanto enfermeiras foi possível observar a importância e imprescindível do papel do enfermeiro na efetivação do programa HIPERDIA, no qual este atua não apenas no preenchimento da ficha de cadastro, este ainda é um educador, que através de suas ações educativas tendem a mudar o cenário das patologias possíveis de presunção, como HAS e DM e responsável pela capacitação e supervisão do trabalho da equipe.

Dessa forma, faz-se necessário salientar, que o HIPERDIA não é apenas um sistema onde são cadastrados os hipertensos e diabéticos, mas também uma chance de se alcançar os acometidos e através de ferramentas importantes, como a educação em saúde incentivar a responsabilidade em saúde, desenvolvimento do auto-cuidado, maior compreensão acerca do processo de saúde-doença, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida dos doentes.

A educação em saúde se torna a cada dia um mecanismo importante para que se alcance a qualidade de vida. É a base para todos os setores de saúde, e um dos subsídios para minimizar agravos consequentes de diversas patologias, é ferramenta para transformar comportamentos, ideias e estilo de vida.

Contudo este estudo proporcionou uma visão real do perfil dos cadastrados no programa HIPERDIA na USF-XI Dr. Gileno de Sá Oliveira localizada na Rua Firmino Luiz Ribeiro, nº 350 – Loteamento Rio Grande, no município de Barreiras-Ba. Possibilitou desvendar a realidade local, necessitando de uma continuidade, bem como novas investigações que venham a contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias com intuito de minimizar a morbimortabilidade causada pela HAS e DM e servir de subsidio para o aperfeiçoamento da equipe multiprossisional.

**5 REFERÊNCIAS**

BAREL et. al.. **Associação dos fatores de risco para DVC e qualidade de vida entre servidores.** Ver. Bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v. 24, nº2, p. 293-303, abr/jun 2010.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de Metodologia Científica:** Guia Para a Iniciação Científica. 2º Edição Ampliada. Editora Makron Book. São Paulo, 2000.

BORGES, P. C. S.; CAETANO, J. C.. **Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC**. [ACM arq. catarin. med](http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xsl&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?IsisScript=../cgi-bin/catrevistas/catrevistas.xis|database_name=TITLES|list_type=title|cat_name=ALL|from=1|count=50&lang=pt&comefrom=home&home=false&task=show_magazines&request_made_adv_search=false&lang=pt&show_adv_search=false&help_file=/help_pt.htm&connector=ET&search_exp=ACM%20arq.%20catarin.%20med); 34(3):45-50, jul.-set. 2005. graf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos: **Manual De Instalação e Operação**. Versão 2.70. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus***.* Secretária de Políticas de Saúde.Departamento de Atenção Básica*.* Caderno nº 7. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus***. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus:***Manual de Hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*. Secretaria de politicas de Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto Hipertensão e Diabetes:** Saúde em Casa. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 1º Edição. Belo Horizonte, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, nº 15. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica:** Diabetes Mellitus. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, nº 16, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: http// [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 22 de agosto de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão: um mal que pode ser evitado**. Brasília; [Citado 30 ago 2009. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\_texto.cfm?idtxt=22837>]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, Brasília, 2004.

CARVALHO; C.G. **Assistência de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: Educação em saúde no grupo HIPERDIA**. e-Scientia, Vol. 5, nº1, p. 39-46, Belo horizonte, 2012.

### CARVALHO et al.. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI).Ciênc. saúde coletiva, Vol.17, nº7, Rio de Janeiro, July 2012.

### CESSE et al.Tendência da mortalidade por diabetes melito no Brasil: 1950 a 2000. [Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0004-2730&lng=en&nrm=iso). Vol.53 nº6 São Paulo Aug. 2009.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C.. **Atividade física pra prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional**. Rev., Vol.22, nº 6, Campinas, Nov./Dec. 2009.

CORRÊA, P. C.R. P..**Tabagismo, hipertensão e diabetes – Reflexões**. Revista Brasileira de Clinica & Terapêutica 29 (1): 19-24; 2003.

COTRAN, R.S.; KUMAR,V; COLLINS, T.. **Robbins - Patologia .Estrutural e Funcional**. 6 ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2000.

Erberly LE, Cohen JD, Prineas R, Yang L. **Impact of incident diabetes and incident nonfatal cardiovascular disease on 18-year mortality:** the multiple risk factor intervention trial research group. Diabetes Care. 2003; 26(3):848-54

### FEIJÓ, M. K. E. F.; LUTKMEIER, R.; ÁVILA, C. W.; RABELO E. R.. Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana em Pacientes Admitidos em Unidade de Hemodinâmica. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):641-7.

### FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G.. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. ArqBrasendocrinolmetab. 2009;53/1.

FREITAS; SCHERE. **Perfil nutricional e identificação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares**. Revista Destaques Acadêmicos, ano 2, nº3, 2010.

**FLORES**, 2010. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/artigos/AtF_e_Doencas_degenerativas.pdf>. Acesso em: 24 de outubro de 2012.

GUYTON, A. C.. **Fisiologia Humana**. Sexta edição. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1988.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E..**Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças**. Sexta Edição. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1998.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E..Tratado de Fisiologia Médica. Décima Edição. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Disponivel em: [www.inca.gov.br/releases/press\_release-view.asp](http://www.inca.gov.br/releases/press_release-view.asp)? 10=1856.

Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. **Global burden of hypertension: analysis of worldwide data**. *Lancet*. 2005; 365(9455):217-23.

LESSA, Inês. **Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil:** Tendência Temporal. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 26(8):1470-1471. Agosto, 2010.

### LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. Reflexões sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise. Revista Nursing, São Paulo, n. 30, p. 20 23, 2000.

LIMA et al. **Perfil dos usuários do hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):323-9.

LYRA, R.;OLIVEIRA, M.; LINS, D.; CAVALCANTE, N.. **Prevenção do diabetes mellitus tipo 2**. Arq. Bras. Endocrinol.,vol 50, nº2, p. 239-249, 2006.

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico**. Revista Ampliada. Editora Atlas, 7º Edição. São Paulo, 2010.

MIRANZI, S. S. C. et al. **Qualidade De Vida De Indivíduos Com Diabetes Mellitus E Hipertensão Acompanhados Por Uma Equipe De Saúde Da Família**. TextoContextoEnferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9.

MORAES et al.. **Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP.** Cad. Saúde Pública, Vol.26, nº 5, Rio de Janeiro, May 2010.

### MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B; SANTOS, J. C.. Fatores De Risco Cardiovasculares em Adultos Jovens com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. Rev GaúchaEnferm., Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):662-9.

Nissinem A, Berrios X, Puska P. **Community-based non-communicable disease interventions:** lessons from developed countries for developing ones. *Bull. World Health Organ*. 2001; 29(10): 963-970.

OLIVEIRA, Aline Furtado Carlos; NOGUEIRA, Maria Suely. **Obesidade como fator de risco para ahipertensão entre profissionais deenfermagem de uma Instituição Filantrópica**. RevEscEnferm USP; 44(2):388-94. São Paulo, 2010.

PAULA, Patrícia Aparecida Baumgratz; SOUZA,AutaIselinaStephan; VIEIRA, Rita de Cássia Padula Alves; ALVES, Therezinha Noemides Pires. **O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia.** Ciênc. Saúde Coletiva, Vol.16, nº5. Rio de Janeiro, 2011.

Paz, P. A. et al..**Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar**. InvestEducEnferm. 2011;29(3).

PRESTES, Maria Luci de mesquita. **A pesquisa e a Construção do Conhecimento Científico:** Do Planejamento aos Textos, da Escola à Academia. 1º Edição. Editora Respel. São Paulo, 2002.

RHOADES, R. A.; TANNER, G. A..**Fisiologia Médica**. Segunda edição. Editora Guanabara Kooogan, Rio de Janeiro, 2005.

Rosa RS, Schmidt MI. **Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil.** 1999-2001. *EpidemiolServSaude.* 2008; 17(2):131-4.

SAÚDE, Organização Pan-Americana. **Linhas de Cuidado:Hipertensão Arterial e Diabetes**. Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil. Brasília, 2010.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.; HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. **Brunner&Suddarth:** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Décima Primeira Edição. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2009.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner&Suddarth:** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10º Edição. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004.

### SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012. São 12 milhões de diabéticos no Brasil. Disponivel em: <http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>. Acesso em 29 de outubro 2012.

SOUZA, J. A.; FRANÇA, I. S. X..**Prevalência de hipertensão arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para enfermagem**. Ver. Bras. Enferm. Vol. 61, nº 6, Brasilia, Nov./Dec. 2008.

TOSCANO, C. M.. **As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial**. Ciênc. saúde coletiva vol.9, nº 4, Rio de Janeiro Oct./Dec. 2004.

VERAS et al.. **Levantamento dos fatores de risco para doenças crônicas em universitários**. RBPS 2007; 20 (3): 168-172.

WILKINS; WILLIAMS, Lippincott. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 4º Edição. Editora LAB, Guanabara Koogan, 2006.

Zimmet ZP**. Obesity, hypertension, carbohydrate disorders and risk of chronic diseases.** *Med. J. Aust.* 1986; 145:256-262.