

**TALYTA SOARES DE VASCONCELOS**

**RAIFF LEITE SOARES**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO  
DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS EM UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão do Curso  
apresentado para obtenção do grau de  
médico no Curso de Medicina do Centro  
de Ciências Biológicas e da Saúde da  
Universidade Federal de Campina Grande

**Orientador: Prof. Alberto José Santos Ramos**

**CAMPINA GRANDE, JUNHO 2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**CURSO DE MEDICINA**

**BANCA EXAMINADORA:**

**ANA FÁBIA DA MOTA ROCHA FARIAS**

Mestre em Saúde Coletiva pela UEPB e professora da disciplina de Saúde Coletiva na UFCG

**MARCIÊNIO OLIVEIRA DE MEDEIROS**

Médico graduado pela UFPB e preceptor do internato de Clínica Médica na UFCG

**CARMEM DOLORES DE SÁ CATÃO**

Professora adjunta II, mestre em Odontologia pela UnP, doutora em Engenharia de Materiais pela UFCG; Docente das disciplinas de Biofísica e Fisiologia nos cursos de Medicina e Enfermagem

**ORIENTADOR:**

**ALBERTO JOSÉ SANTOS RAMOS**

Professor auxiliar da UFCG; Docente da disciplina de Endocrinologia e Preceptor de Clínica Médica

**CAMPINA GRANDE, JUNHO DE 2014**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do CCBS - UFCG

V331p

Vasconcelos, Talyta Soares.

Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos assistidos em Unidade Básica de Saúde/ Talyta Soares de Vasconcelos, Raiff Leite Soares. -- 2014.

30 f. il.

Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador: Prof. Alberto José Ramos.

1.Diabetes. 2.Hipertensao arterial. 3.Atenção Básica à Saúde 4.Paraíba I. Autor. II. Título.

CDU 616-083+616.12-008.31:379-008.64 (813.3)

## SUMÁRIO

LISTA DAS SIGLAS.....	4
AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO.....	6
PALAVRAS-CHAVE.....	7
1-INTRODUÇÃO.....	8
1.1-JUSTIFICATIVA.....	11
2-OBJETIVOS.....	12
2.1-OBJETIVO GERAL.....	12
2.2-OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	12
3-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
4-METODOLOGIA.....	16
4.1-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	18
5-RESULTADOS.....	19
6-DISCUSSÃO.....	22
7-CONCLUSÃO.....	25
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
9-ANEXO.....	28

## **LISTA DAS SIGLAS**

**HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica

**DM:** Diabetes Mellitus

**DCV:** Doenças Cardiovasculares

**PA:** Pressão Arterial

**PSF:** Programa de Saúde da Família

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**SBD:** Sociedade Brasileira de Diabetes

**AVE:** Acidente Vascular Encefálico

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**UBSF:** Unidade Básica de Saúde da Família

**IMC:** Índice de Massa Corporal

**DP:** Desvio Padrão

**CAAE:** Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

**HIPERDIA:** Programa de Hipertensos e Diabéticos

**HbA1c:** Hemoglobina glicada

**TCLE:** Termo de consentimento livre e esclarecido

**VR:** Valor de referência

**CadSUS:** Sistema de Cadastro do SUS

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pelo dom da vida;

Ao professor Alberto José Santos Ramos, orientador deste trabalho, pela disponibilidade, confiança e paciência, nossos sinceros agradecimentos.

Ao médico do PSF Alberto José Correia Ramos que tanto nos ajudou na coleta dos dados e na confecção deste estudo. Assim como também a equipe de ACS (Agentes Comunitários de Saúde).

Aos nossos Pais, pela educação que nos foi dada, por terem acreditado em nós e nos incentivado, mesmo quando tudo parecia muito distante, possibilitando-nos a concretização de mais um sonho em nossas vidas. Nossa eterna gratidão.

Em especial aos nossos amores (Alberto, Renata e Rai) pelo carinho, atenção, compreensão e paciência. Pilares fundamentais nesta conquista. Nosso eterno reconhecimento e amor!

## RESUMO

A hipertensão e o diabetes são doenças fisiopatologicamente relacionadas que na sua progressão inicial apresentam curso assintomático. Por esta razão, o diagnóstico e o tratamento são muitas vezes negligenciados. O trabalho de prevenção primária e secundária é bastante importante para evitar a ocorrência de lesões em órgãos-alvos, bem como minimizar os custos sociais e econômicos dessas patologias. O objetivo do presente trabalho foi traçar o perfil sócio-epidemiológico da população assistida pelo programa HIPERDIA na UBS Nossa Senhora do Perpétuo Socorro em Carnaúba dos Dantas-RN. A coleta dos dados foi realizada a partir da utilização de uma ficha previamente elaborada pelo médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde para contemplar dados como medicações utilizadas, evolução de exames complementares, exames clínicos e fatores de risco. O estudo será exploratório, descritivo, com abordagem quali-quantitativa. Tendo como campo de pesquisa a UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, Carnaúba dos Dantas-RN, englobando como população 249 pacientes cadastrados no programa HIPERDIA, no período de Outubro de 2013 a Maio de 2014. Para consolidação dos dados foi empregado o Microsoft Excel versão 2011. Observou-se que 158 (63,5%) pertenciam ao sexo feminino e 91 (36,5%) ao sexo masculino. Dos entrevistados, 24 (23,1%) possuíam o primeiro grau incompleto e 21 (20,2%) eram alfabetizados; 77 (41%) pacientes são aposentados ou pensionistas. Do total da amostra, 172 (69,1%) eram hipertensos, 22 (8,8%) diabéticos e 55 (24,2%) hipertensos e diabéticos. Todos os 249 (100%) faziam uso de medicações para tratamento das doenças citadas, identificando-se que 73,9% das medicações são obtidas na própria UBSF ou na farmácia popular gratuitamente. Os pacientes cadastrados no programa Hiperdia da referida unidade de saúde fazem parte de uma população de alto risco de doenças cardiovasculares e de elevada prevalência de não adesão ao tratamento proposto no que se refere a mudanças no estilo de vida, como foi constatado através dos resultados. Diante do perfil da população estudada, faz-se necessário a implantação de programas de

prevenção e promoção, a fim de mudar esse quadro. E estudos como este são fundamentais para descobrir as falhas na Atenção Básica de Saúde no seguimento aos protocolos, propiciando o desenvolvimento de novos métodos para intervenção e mudança nesta realidade.

**PALAVRAS-CHAVE:**

HIPERDIA; Diabetes; Hipertensão arterial; Atenção básica à saúde

## 1-INTRODUÇÃO

Os países em desenvolvimento vêm apresentando, desde a década de quarenta, um envelhecimento progressivo da população, um declínio da mortalidade geral e uma redução da taxa de fecundidade ocasionando transformação nos padrões de morbidade e mortalidade, como por exemplo o crescimento na prevalência das doenças crônico-degenerativas, a saber: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), câncer e Doenças Cardiovasculares (DCV) e o predomínio dessa última como a principal causa de óbito.(Prata, 1992)

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (IV Diretriz de Hipertensão, 2010). No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da pressão arterial (19,6%). Avalia-se que essas taxas estejam superestimadas, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs.67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (IV Diretriz de Hipertensão, 2010).

Nos Estados Unidos, as estatísticas do biênio 1999-2000 revelaram que 70% dos indivíduos tinham ciência de que eram hipertensos, dentre os quais 59% estavam sob tratamento medicamentoso ou não-medicamentoso, mas apenas 34% destes últimos tinham sua pressão arterial mantida em níveis desejados, isto é, inferiores a 140 x 90 mmHg (Oppenheimer, 2005).

O termo “Diabetes Mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia crônica, podendo cursar também com descompensações metabólicas agudas. Os fatores que contribuem para os altos índices glicêmicos são muitos, entre eles a secreção de insulina deficiente, o defeito na ação da insulina, excessiva produção hepática de glicose, defeito na secreção e ação das incretinas, dentre outros. Esses defeitos podem ocorrer associados ou não.

Em um estudo divulgado pela Sociedade Brasileira de Diabetes, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo em 1985. Esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. Cerca de dois terços desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema que as doenças infecciosas ainda representam (Wild et al, 2004).

O DM quando não tratado adequadamente pode levar à ocorrência de complicações como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico (AVE), nefropatia, retinopatia, amputação dos membros inferiores (principalmente dos pés) e lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações (American Diabetes Association, 2014). Vale salientar que a maioria dessas doenças são causadas mutuamente pela DM e pela HAS, como consequência dos seus efeitos aditivos, os quais elevam a probabilidade de desenvolvimento destas doenças. Com o aumento do sedentarismo, obesidade e envelhecimento da população o número de pessoas com diabetes tende a crescer (American Diabetes Association, 2014) (Engelgau et al, 1997) (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013-2014).

A HAS é a doença crônica que ocasiona o maior número de consultas nos sistemas de saúde, com um importante impacto econômico e social. Segundo a literatura, a principal causa da falta de controle da hipertensão arterial consiste na “não aderência ao tratamento”, entendida, aqui, numa primeira abordagem, como o não-seguimento à orientação médica e/ou o não-

comparecimento às consultas por parte do paciente (Lessa, 1998). Os resultados no controle do DM, por sua vez, advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade.

O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (Ministério da Saúde, 2013).

A manutenção da aderência ao tratamento do diabetes é a estratégia chave para se alcançar o controle glicêmico adequado e os pacientes portadores de diabetes utilizam, com frequência, um número elevado de medicamentos, não somente para essa patologia, mas também para as comorbidades associadas, como a HAS e a dislipidemia, o que tem tornado a aderência ao tratamento um grande desafio (Ministério da Saúde, 2013). No Brasil, os estudos pontuais sobre adesão ao tratamento da HAS registram índices de até 50% de abandono durante o primeiro ano em que o paciente se submete ao acompanhamento médico, e, após cinco anos, apenas 17% dos pacientes permaneciam em tratamento (Lessa, 1998) (Mion e Nobre 2002).

A hipertensão e o diabetes são duas doenças fisiopatologicamente ligadas que em uma parte inicial da sua progressão, tem curso assintomático. Isso faz com que muitas vezes o diagnóstico e o tratamento sejam negligenciados. O trabalho de prevenção primária e secundária é extremamente importante para prevenir lesões em órgãos-alvos e diminuir os custos humanos, sociais e econômicos envolvidos com estas alterações sistêmicas (Joint 7, 2004).

## **1.1- JUSTIFICATIVA**

O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada a doenças cardiovasculares, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e algumas sociedades médicas do país através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, e assim apoiar a reorganização da rede de saúde, com a melhoria da atenção aos portadores dessas patologias.

Uma delas foi a disponibilização para os estados e municípios, em 2002, de um programa com um sistema informatizado – o HIPERDIA que permite o cadastramento de portadores de HAS e DM, e o seu acompanhamento, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, possibilita definir o perfil epidemiológico desta população, formular e implementar estratégias de saúde pública que levam à modificação das condições existentes com melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas e redução do custo social.

Diante dessa realidade, este trabalho visou realizar um estudo de caráter transversal buscando traçar um perfil sócio-epidemiológico da população assistida pelo programa HIPERDIA na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro em Carnaúba dos Dantas – RN, visando mostrar também a importância da promoção e prevenção da saúde, estimulando a prática diária da atividade física, o hábito da alimentação saudável e a cessação do tabagismo.

Este trabalho é importante tanto para os gestores do município avaliarem as falhas no programa como as áreas com ausência de cadastramentos, problemas na realização dos exames laboratoriais, o não comparecimento dos pacientes na UBSF para um correto acompanhamento da saúde, dentre outros. Como também tem sua importância para a sociedade avaliar a real necessidade da procura aos serviços de saúde e do auto-cuidado com o intuito de retardar e/ou evitar o surgimento das complicações secundárias.

## **2-OBJETIVOS**

### **2.1-OBJETIVO GERAL**

Traçar o perfil sócio-epidemiológico da população de hipertensos e diabéticos (tipo 1 e 2) assistida pelo programa HIPERDIA em uma UBSF.

### **2.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Avaliar a resposta dos pacientes ao tratamento, a partir da quantidade de medicações utilizadas ao dia, como também a partir do acesso à medicação (farmácia popular/UBSF ou aquisição com renda pessoal).

Avaliar os hábitos dos pacientes assistidos no programa HIPERDIA quanto a orientação nutricional, prática de atividade física e cessação de tabagismo.

Relacionar os dados antropométricos com os níveis pressóricos.

### 3-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e as alterações metabólicas, com consequente aumento da morbimortalidade por eventos cardiovasculares (IV Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2010).

A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão que define os critérios de HAS como valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório.

Com base nas recomendações do *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (Joint 7)*, a classificação da HAS para adultos com idades entre 18 anos ou mais foi o seguinte:

Pressão arterial normal: sistólica  $< 120$  mmHg e diastólica  $< 80$  mmHg

Pré-hipertensão : sistólica 120-139 mmHg e/ou diastólica 80-89 mmHg

HAS Fase 1: sistólica 140-159 mmHg e/ou diastólica 90-99 mmHg

HAS Fase 2 : sistólica  $\geq 160$  mmHg e/ou diastólica  $\geq 100$  mmHg.

A hipertensão pode ser primária como resultado de causas ambientais ou genéticas. Ou secundária apresentando múltiplas etiologias, incluindo renal, vascular e as causas endócrinas. A HAS primária ou essencial é responsável por 90 a 95% dos casos em adultos e a HAS secundária representa 2 a 10 % dos casos.

O termo “Diabetes Mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, que pode se dar por secreção de insulina deficiente, defeito na ação da insulina ou ambos. O tipo 1 da doença se caracteriza pela destruição de células  $\beta$ , geralmente levando à deficiência absoluta de insulina (Wild et al, 2004). O tipo 2, por sua

vez, consiste de uma variedade de disfunções e caracterizada por hiperglicemia que resulta da combinação de resistência à ação da insulina, a secreção insuficiente de insulina, e secreção de glucagon excessivo ou inadequado (DeFronzo, 2009). Entre 5 e 10% da população com diabetes tem a forma insulino dependente da doença (American Diabetes Association, 2014). O DM, principalmente o tipo 2, vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à HAS e à disfunção endotelial.

Os critérios diagnósticos aceitos pela *American Diabetes Association*, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013-2014) (Lessa, 1998) (Ministério da Saúde, 2013), são definidos como:

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia causal  $>200\text{mg/dl}$ .

- Glicemia de jejum  $\geq 126\text{mg/dl}$ , repetida.

- Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose  $> 200\text{mg/dl}$ .

É reconhecido um grupo intermediário de indivíduos nos quais os níveis de glicemia não preenchem os critérios para o diagnóstico de DM:

- Glicemia de jejum  $> 100\text{mg/dl}$  e  $< 126\text{mg/dl}$ .

- Tolerância à glicose diminuída: após 75g de glicose, o valor da glicemia de 2 horas situa-se entre 140 e 199 mg/dl. (Lessa, 1998) (Ministério da Saúde, 2013) (Mion, Nobre 2002)

O Índice de Massa Corporal (IMC) é um método fácil e rápido para a avaliação da massa de cada indivíduo, ou seja, é um avaliador internacional de obesidade adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), contudo, é uma avaliação sujeita a erros uma vez que não identifica nível de gordura das pessoas.

A sua classificação divide-se em (Khosla e Lowe 1967):

- Baixo peso (IMC < 18,5)
- Peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9)
- Sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9)
- Obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9)
- Obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9)
- Obesidade grau III (IMC ≥ 40)

Uma opção que reflete melhor o grau de gordura corporal é a medida da cintura abdominal uma vez que esta medida reflete o acúmulo de gordura visceral, sendo considerada a mais nociva. Também é sujeita a críticas uma vez que não considera a altura dos indivíduos. No Brasil, é estabelecido valores normais de 80 cm para as mulheres e 94cm para os homens (ABESO, 2009-2010).

O Hiperdia é um programa nacional que destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

Tem como benefícios orientar os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção e permitir conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população.

Apresenta como estratégias cadastrar e acompanhar a situação dos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em todo o país; Gerar informações fundamentais para os gerentes locais, gestores das secretarias e Ministério da Saúde; Disponibilizar informações de acesso público com exceção da identificação do portador; E enviar dados ao sistema de cadastro do SUS (CadSUS).

#### **4-METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, com abordagem quantitativa. Os dados obtidos mediante levantamento foram agrupados em tabelas, possibilitando a sua análise, através da estatística descritiva. Os mesmos foram coletados no período de outubro a dezembro de 2013 pela equipe da UBSF e de fevereiro a março de 2014 os dados foram compilados e informatizados

O estudo teve como campo de pesquisa a UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, localizada no município de Carnaúba dos Dantas-RN. Esta UBSF conta com 4 microáreas responsáveis por atender 825 famílias.

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos do projeto as gestantes, portadores de déficit cognitivo sensorial grave e usuários abusivos de substâncias psicoativas, perfazendo uma amostra de 249 pacientes cadastrados no programa do HIPERDIA da UBSF já citada acima.

No desenvolvimento do projeto, foram utilizados instrumentos documentais semiestruturado, a partir de registros nos Cadernos da Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica (Ministério da Saúde, 2006) e Diabetes Mellitus (Ministério da Saúde, 2006), ambos editados pelo Ministério da Saúde.

O acompanhamento realizou-se através de um monitoramento semanal, onde os dados da ficha-espelho (ANEXO I) alimentaram a planilha de coleta de dados, registrados pelo médico e pela equipe de enfermagem, e à medida que estes dados eram coletados, os graduandos registravam os números em uma tabela informatizada. A partir disso, os dados foram utilizados para obter o perfil sócio-epidemiológico da população em estudo.

A ficha espelho (ANEXO I) foi desenvolvida pelo médico, enfermeiros e agentes comunitários, para contemplar dados como medicações utilizadas, evolução de exames complementares, exames clínicos e fatores de risco, contendo os dados necessários de cada paciente incluso no projeto.

Nesta ficha foram registradas as principais informações acerca da saúde do paciente, tais como:

- Medicações utilizadas e posologia.
- Pressão arterial aferida de acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. Sendo utilizado estetoscópio da marca BD e esfigmomanômetro da marca BD.
- Peso verificado em balança de marca Filizola.
- Medidas antropométricas (altura, circunferência abdominal).
- IMC, exames complementares, hábitos de tabagismo, dentre outras informações (ANEXO I).

Os dados quantitativos foram agrupados e construído um banco de dados empregando o Microsoft Excel versão 2011, para posterior análise, através da estatística descritiva, evidenciando os dados absolutos e relativos, expressando as médias e desvios padrões.

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 466/2012 do CNS que preconiza os postulados éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos de forma direta ou indireta, em território nacional, assegurando beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia aos sujeitos participantes da pesquisa.

Toda pesquisa envolvendo seres humanos é promotora de riscos, contudo, esta pesquisa oferece risco mínimo, já que utilizou dados secundários contidos em fichas espelho (ANEXO I) idealizadas e confeccionadas pela equipe de saúde da UBSF utilizada como campo de estudo. Desta forma, os indivíduos não sofreram nenhuma intervenção, nem foram abordados pessoalmente, justificando a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande – PB, cujo número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é 30377513.3.0000.5182.

#### **4.1-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram incluídos no estudo os pacientes pertencentes à área de abrangência da UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro no município de Carnaúba dos Dantas – RN; maiores de 18 anos; portadores de HAS e/ou DM com o diagnóstico dado há mais de 6 meses cadastrados no programa do HIPERDIA na UBSF anteriormente citada. Foram excluídos do projeto as gestantes, portadores de déficit cognitivo sensorial grave e usuários abusivos de substâncias psicoativas.

## 5-RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi de 249 pacientes, onde 158 (63,5%) são do sexo feminino. A idade média foi de 57,8 anos ( $\pm 14,2$ ), sendo a mínima de 18,4 e a máxima de 91,5 anos.

A maioria dos pacientes estudados habitavam as microáreas 3 e 4, totalizando 143 pacientes (58,4%), 70% (159 pacientes) dos lares possuíam de 2 a 4 habitantes por moradia.

Com relação ao grau de escolaridade, 24 (23,1%) pacientes possuíam o primeiro grau incompleto e 21 (20,2%) eram apenas alfabetizados. Referindo-se à profissão, 77 (41%) pacientes são aposentados ou pensionistas, 33 (17,6%) atuam no setor de serviços e 32 (17%) são donas de casa (do lar) e 23 (12,2%) agricultores. Muitos que se dizem agricultores não o são. Trata-se de uma manobra muito usada em moradores de pequenas cidades para obterem o benefício do INSS.

Neste trabalho, 172 (69,1%) dos pacientes são hipertensos, 22 (8,8%) são diabéticos e 55 (24,2%) são hipertensos e diabéticos. Todos os 249 (100%) tem prescrição para o uso de medicações para tratamento das enfermidades, verificando-se que 73,9% das medicações são obtidas na própria UBSF ou na farmácia popular, as quais fornecem o medicamento gratuitamente. Desse total, 161 (64,9%) pacientes faziam uso apenas das medicações anti-hipertensivas, 22 (8,9%) utilizavam apenas antidiabéticos (orais ou insulina), e 38 (15,3%) pessoas faziam uso de ambas às classes de medicações. Logo, o uso de anti-hipertensivos envolve 225 (90,4%) pacientes, sendo que destes, 161 (69,4%) utilizavam essas drogas isoladamente, enquanto que 64 (25,5%) faziam uso em associação com outras medicações de outras classes. Com relação à quantidade de drogas ingeridas por dia tem-se que, 188 pacientes (75,5%) realizavam de 1 a 3 tomadas de medicações por dia, incluindo-se comprimidos orais e a insulina, onde cada turno de uso foi considerado como uma tomada da medicação.

Na população estudada, 247 (99,2%) pacientes receberam orientação acerca dos malefícios do tabagismo, da prática de atividade física e da importância de uma nutrição saudável, entretanto 48 (19,4%) são fumantes, 57 (41%) apresentam a pressão arterial alterada e de 107 pessoas, 97 (90,7%) apresentavam a circunferência abdominal alterada.

Em relação ao seguimento de orientações da equipe, pôde-se observar que apenas 143 (57,4%) estavam com exame clínico em dia e 119 (47,8%) com exames laboratoriais. Apesar de encaminhados, apenas 37 (14,%) tinham ido ao odontólogo. Praticamente todos foram orientados em relação a atividade física e ao tabagismo. No entanto poucos fazem atividade física regular (número não obtido) e 48 (19,4%) ainda fumam. Foi realizada busca ativa com 115 (46,2%) pessoas do estudo.

Em relação às alterações encontradas no exame físico, 27 (2,6%) tem peso normal, 58 (44,3%) tem sobrepeso e 46 (35,1%) são obesos. A cintura abdominal estava alterada em 97 (90,7%) dos 107 pacientes avaliados, sendo que 67 (69,1%) mulheres e 30 (30,9%) homens,  $p=0,260$ . A pressão arterial sistólica (PAS) encontrava-se acima do alvo ( $\geq 140\text{mmHg}$ ) 33,1% (46 pacientes) e a pressão arterial diastólica (PAD  $\geq 90\text{mmHg}$ ) em 30,9% (43 pacientes).

Os exames complementares mostraram glicemia de jejum acima do alvo (VR < 110 mg/dl) em 44 (40,7%) dos pacientes avaliados (108 pacientes). A HbA1c este dentro do alvo (VR < 6,5%) em 10 (50%) dos pacientes examinados (20 pacientes). O LDL foi acima do alvo (VR < 100 mg/dl) em 43 (43,4%) dos 99 pacientes pesquisados. A creatinina foi avaliada em 64 pacientes, encontrando-se normal (VR < 1,3 mg/dl) em 52 (84,4%) dos pacientes. A microalbuminúria só foi pesquisada em 7 pacientes encontrando-se normal (VR < 30 mg/24hs) em 6 (85,7%). A proteinúria de 24 horas foi pesquisada apenas em 2 pacientes, encontrando-se normal (VR < 150 mg/24 hs) em ambos.

Ao relacionar alterações antropométricas com alterações nos exames laboratoriais e na pressão arterial em todos os casos não apresentou relação estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ).

## 6-DISCUSSÃO

Em concordância com outros estudos, a população estudada apresenta 100% em tratamento medicamentoso (73,9% são obtidas gratuitamente na própria UBSF ou nas farmácias populares, o que teoricamente facilita a adesão ao tratamento) e acompanhamento na UBSF, mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde e da gestão de saúde são fundamentais para se alcançar os níveis pressóricos e o controle glicêmico desejáveis. Entretanto, isoladamente tornam-se insuficientes, pois o sucesso do tratamento é o resultado direto da ação da equipe de saúde e da gestão municipal, aliados à aderência do usuário às prescrições medicamentosas ou não-medicamentosas. Ou seja, é da responsabilidade de cada paciente o autocuidado, tão necessário para que o controle das doenças seja alcançado.

O descaso do paciente com seu autocuidado só reforça a necessidade do médico da UBSF, juntamente com a equipe de saúde, descobrirem estratégias de educação capazes de convencer os pacientes acerca da sua doença e dos seus tratamentos, uma vez que o autocuidado é de extrema importância para evitar as complicações cardiovasculares.

Verificou-se que mais de 99% da população estudada recebeu orientações acerca da prática de atividade física, hábitos saudáveis de alimentação e cessação do tabagismo, mas os altos índices de sobrepeso, tabagismo, pressão arterial alterada (pressão arterial sistólica e/ou a pressão arterial diastólica) e circunferência abdominal alterada mostram o quão difícil é aceitar e promover uma mudança do estilo de vida, capaz de reverter essa realidade. Assim como nos Estados Unidos (Joint 7, 2004), com suas estatísticas de 1999-2000, todos os 249 pacientes estudados dizem fazer uso de tratamento medicamentoso, possuem acesso fácil e gratuito às medicações (73,9%) e utilizam apenas 1 a 3 tomadas das drogas por dia (75,5%), mas grande parcela do grupo estudado (41%) não consegue manter sua pressão arterial em níveis desejados, isto é, inferiores a 140 x 90 mmHg.

A dificuldade em modificar a realidade de uma população adoecida provém também dos baixos níveis de escolaridade, (onde 43,3% possuíam o primeiro grau incompleto ou apenas formalmente alfabetizados), uma vez que o desconhecimento acerca das suas doenças e da forma como controlá-las faz com que muitos descuidem das orientações médicas e/ou do comparecimento às consultas médicas, como foi verificado neste trabalho, em que a equipe de agentes comunitários de saúde (ACS) necessitou realizar busca ativa com 115 (46,2%) pacientes, já que os mesmos não se dirigiram espontaneamente à UBSF. O simples fato da HAS e do DM serem doenças, na maioria das vezes assintomáticas, faz com que o portador abdique do autocuidado e do tratamento mais vigilante. (Joint 7, 2004).

O perfil etário da população estudada apresenta 22 pacientes (8,8%) abaixo dos 40 anos, 117 pacientes (48,2%) entre 40 e 60 anos e 110 pacientes (43,0%) acima dos 60 anos. Esta distribuição etária justifica o elevado número de aposentados e pensionistas.

Esse fator talvez explique o alto índice de pressão arterial não-controlada. Trata-se de um grupo com maiores dificuldades de aceitar mudanças do seu estilo de vida. Provavelmente também contribuem para a adesão deficiente do uso das medicações, uso de forma inadequada ou até mesmo esquecer de tomá-los.

A relação LDL alto versus a circunferência abdominal não pôde ser estabelecida, porque o número de pessoas avaliadas que apresentaram circunferência abdominal dentro da normalidade foi muito baixo (n=9).

Pelo mesmo motivo a relação entre pressão arterial alterada versus circunferência abdominal alterada também não pôde ser estabelecida.

E por fim, a relação LDL alterado versus uso de estatinas também não foi obtida, uma vez que a quantidade de pessoas que utilizavam as estatinas como medicação era muito baixa (n=4), inviabilizando a análise. Isto se deve, em parte, ao fato de que alguns pacientes cadastrados no programa do HIPERDIA no final do ano de 2013 apresentavam exames laboratoriais antigos

acima de 1 ano. Assim, foi solicitada nova rotina laboratorial, mas não houve tempo hábil para que os mesmos fossem mostrados ao médico da UBSF e anotados em suas fichas espelho, ou os exames não foram realizados devido haver um limite de exames autorizados pela secretaria de saúde. Entretanto, alguns que foram realizados, possuíam um prazo longo de entrega, pois o material coletado era analisado em outra cidade, demandando tempo e aumento dos custos.

Outra parcela que apresentava o LDL alterado com exames atualizados estava em acompanhamento com médicos especialistas (cardiologistas, endocrinologistas, dentre outros), assim o médico da atenção básica não se sentiu confortável para modificar/interferir na conduta médica do colega de profissão. Já um terceiro grupo se negou a utilizar mais uma medicação. E por fim, houve também inércia clínica por parte do médico da UBSF, o qual deixou escapar a necessidade do uso das estatinas em certos pacientes.

## **7- CONCLUSÃO**

Baseado nos dados desta pesquisa, pôde-se perceber que os pacientes cadastrados no programa HIPERDIA da referida unidade de saúde fazem parte de uma população de alto risco de doenças cardiovasculares, pois foram encontrados altos índices de sobrepeso, tabagismo, pressão arterial descompensada e circunferência abdominal alterada, mostrando o quão difícil é o paciente aceitar sua doença, entender que precisa agir diretamente no seu tratamento, e desejar promover uma mudança do seu estilo de vida capaz de controlar e manter sua saúde.

Um programa como o HIPERDIA pode auxiliar no seguimento desses pacientes, possibilitando uma melhor abordagem e alcance das metas de tratamento e, conseqüente redução do risco cardiovascular.

Estudos como este são fundamentais para descobrir as falhas na Atenção Básica de Saúde no seguimento dos protocolos, propiciando o desenvolvimento de novos métodos para intervenção e mudança nesta realidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prata PR. A Transição Epidemiológica no Brasil The Epidemiologic Transition in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 1992;8(2):168–75.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. *Rev. Hipertens*. [Internet]. 2010;13(01). Available from: <http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp>
3. Oppenheimer GM. Becoming the Framingham Study 1947-1950. *Am. J. Public Health* [Internet]. 2005 Apr [cited 2013 Nov 26];95(4):602–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15798116>
4. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* [Internet]. 2004;27(5):1047–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15111519>
5. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 May 25];37 Suppl 1(January):S81–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24357215>
6. Engलगau MM, Thompson TJ, Herman WH, Boyle JP, Aubert RE, Kenny SJ, et al. Comparison of Fasting and 2-Hour Glucose and HbA1c Levels for Diagnosing Diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 1997;20(5):785–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9135943>
7. Diabetes SB de, Oliveira JEP de, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. Gerhardt N, editor. São Paulo; 2014.
8. Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade : epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis [Internet]. São Paulo ;Rio de Janeiro: Editora Hucitec ;;ABRASCO; 1998 [cited 2013 Dec 17]. Available from: <http://www.worldcat.org/title/adulto-brasileiro-e-as-doencas-da-modernidade-epidemiologia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/oclc/042720105>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.; 2013. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)

10. Mion J, Nobre F. Risco Cardiovascular Global. 2<sup>a</sup> ed. Cardiologia SB de, editor. São Paulo: Lemos Editorial; 2002.
11. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES; Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure U.S. [Internet]. 2004 p. 104. Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>
12. Defronzo RA. Banting Lecture. From the triumvirate to the ominous octet: a new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. Diabetes [Internet]. 2009 Apr [cited 2014 May 25];58(4):773–95. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2661582&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
13. Khosla T, Lowe CR. Indices of obesity derived from body weight and height. Br. J. Prev. Soc. Med. [Internet]. 1967 Jul [cited 2014 May 3];21(3):122–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1059084&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
14. ABESO. Diretrizes Brasileiras de Obesidade [Internet]. Assoc. Bras. para o Estud. sobre a Obesidade. [cited 2014 May 27]. p. 83. Available from: [http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes\\_brasileiras\\_obesidade\\_2009\\_2010\\_1.pdf](http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf)
15. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, editor. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Ministério da Saúde, editor. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006.

