

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JANAINA RODRIGUES ARAUJO**

**ASPECTOS CLINICOEPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTÊNCIA DA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AOS PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS**

**UBERABA-MG  
2014  
JANAINA RODRIGUES ARAUJO**

**ASPECTOS CLÍNICOEPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E  
DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Atenção  
Básica em Saúde da Família, Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro para obtenção  
do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Sandra de Azevedo  
Pinheiro

UBERABA-MG  
2014  
**JANAINA RODRIGUES ARAUJO**

**ASPECTOS CLÍNICOEPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E  
DIABETES MELLITUS**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Sandra de Azevedo Pinheiro - orientadora  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nazaré Pellizzetti Szymaniak - examinador

Aprovada em Uberaba, 28 de agosto de 2014.

*Agradeço* a minha professora orientadora que teve paciência e que me ajudou bastante á concluir este trabalho, *agradeço* também aos meus professores que durante muito tempo me ensinaram e que me mostraram o quanto estudar é bom e satisfatório.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por sempre me abençoar e reforçar a minha fé nos momentos de dúvida e desespero, me guiando para o melhor caminho sempre.

Aos meus pais que, mesmo não estando mais presentes nesta vida, sempre estarão em minha memória, por todo carinho e amor que tiveram por mim durante suas vidas terrenas.

Aos meus amigos, por me apoiarem em todo o processo do meu curso.

## RESUMO

O Diabetes mellitus (DM) e a Hipertensão arterial (HA) tem se tornado problema grave de saúde pública, pois existe um número de pessoas que desconhece não apenas tais doenças mas também programas de tratamento e prevenção. Tal situação causa agravamento no quadro apresentado pelos portadores, contribuindo para as futuras complicações e diminuindo a expectativa de vida. Na maioria das vezes, a falta de informação, o desconhecimento real das consequências clínicas e ainda questões culturais, sociais, psicológicas e econômicas impedem um tratamento eficaz. O advento dessas doenças crônicas resulta, em grande parte, das transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas registradas no século passado que de forma direta ou indireta determinaram o perfil de risco. Essas doenças crônicas não transmissíveis estão associadas à morbidade, bem como mortalidade e são responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Entre programas desenvolvidos para enfrentar essa problemática, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) que se constitui em uma reorientação do modelo assistencial brasileiro e que apresenta diretrizes voltadas para o estabelecimento de vínculo das equipes de saúde com os usuários do SUS. Com base nesse entendimento, foi desenvolvido o programa Hiperdia, que procura equalizar os agravos advindos da Hipertensão e do Diabetes mellitus. Estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, o programa se realiza a partir da reorganização do trabalho de atenção à saúde, sob a ótica da atenção primária prestada nas unidades da rede básica dos Serviços de Saúde. Assim, o objetivo deste estudo é identificar a contribuição da assistência da ESF, a partir dos programas destinados aos portadores de DM e HA, de modo a lhes prover uma melhor qualidade de vida.

**Palavra-chaves:** Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Estratégia Saúde da Família, Hiperdia, Atenção básica, Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

Diabetes mellitus and hypertension has become a serious public health problem, because most people are unaware of. This situation causes the worsening picture presented by patients, decreasing life expectancy, contributing to future complications. Most often, the lack of information, lack of real consequences , and even the cultural, social , psychological and economic issues prevent effective treatment. These chronic noncommunicable diseases are associated with significant morbidity and mortality and are responsible for cardiovascular, brain, coronary, renal and peripheral vascular complications. Such a combination of these chronic diseases result largely of demographic , nutritional and epidemiological transitions recorded in the past century that directly or indirectly determined the risk profile of these diseases . Family Health is a strategy for reorienting the health care model, is offered to combat this situation by means of guidelines focused on establishing a bond of health teams to SUS users. Based on this understanding the Hiperdia program , which seeks to equalize the injuries caused by these diseases , establishing goals and guidelines to expand prevention, diagnosis, treatment and control of these diseases was developed . To this end, through the reorganization of the work of health care , the units of the grid of Health Services The objective of this study is to identify the importance of ESF assistance from programs for patients with hypertension and diabetes mellitus, in order to provide the same quality of life .

**Keywords:** Hypertension, Diabetes mellitus, the Family Health Strategy, Hiperdia, Primary Care, Quality of Life.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>09</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVO</b> .....	<b>14</b>
3.1 Objetivo específicos .....	14
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>15</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
5.1 Características gerais do Diabetes mellitus (DM).....	16
5.2 Características gerais da Hipertensão arterial (HA) .....	20
5.3 Estratégia Saúde da Família e as contribuições do Hiperdia .....	22
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>27</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão arterial juntamente com o Diabetes *mellitus*, tem se tornado um problema grave de saúde pública, pois cerca da metade das pessoas desconhece o diagnóstico e quase um quarto deste contingente não faz qualquer tratamento. Tal situação causa agravamento ao quadro apresentado pelo paciente, diminuindo a expectativa de vida, contribuindo para as futuras complicações. Na maioria das vezes, a falta de informação, desconhecimento real das consequências, e ainda as questões culturais, sociais, psicológicas e econômicas impedem um tratamento eficaz. (SKORECKI; GREEN; BRENNER, 2006)

Diante disso, é cada vez mais comum o desenvolvimento de programas/estratégias aos vitimados de HA, bem como diabéticos, como demonstram as ações advindas dos programas Estratégia Saúde da Família (ESF), sobretudo com a participação das equipes de enfermagem (COSTA; MIRANDA, 2009).

Vários estudos reforçam o importante papel de programa social e projeto no âmbito da saúde junto à família, como agente proativo nos resultados do processo de reabilitação. Desse modo, os profissionais de enfermagem são chamados a interagir com os membros familiares e, para isso, devem pautar seus cuidados para além da orientação hospitalar, transcendendo um conjunto de informações que favoreçam um adequado cuidado (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009).

O PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe (OLIVEIRA; MARCON, p. 03).

Para Perlini e Faro, (2005), o desenvolvimento de ações multidisciplinares voltadas a indivíduos acometidos por HA/DM tem se tornado cada vez mais comum no cotidiano das famílias. Tem se observado nas unidades de saúde, especialmente as de origem pública, uma política de incentivo ao desenvolvimento de programas com vista para prevenção e tratamento de doenças de origem crônica.

Segundo Fernandes, Bertoldi e Barros (2009), tal contexto impõe um novo desafio às unidades de saúdes, em particular equipes de saúde, buscando preparar

pacientes e famílias para reorganizarem seu estilo de vida, no sentido de fortalecer os princípios de prevenção contra esses males.

Com base nisso, Cesar e Santos (2005), descrevem a necessidade do desenvolvimento de programas efetivos e coerentes que possam ajudar expressivamente a população, para que esta seja capaz de estender os cuidados iniciados no ambiente hospitalar para o extra hospitalar, de modo a viabilizar os benefícios propostos pela ESF.

Iniciativas como essas contribuem para um correto e eficaz programa de atenção, produzindo recursos de manutenção e melhoria no estado de saúde dos acometidos por essas doenças crônico-degenerativas, viabilizando os preceitos de independência e autonomia para que acometidos preservem condições fisiológicas satisfatórias (CESAR; SANTOS, 2005).

Essas noções envolvem ações coordenadas, visando auxiliar portadores de HA e DM, preocupando-se em minimizar incertezas e, por conseguinte, viabilizar uma melhor condição de vida familiar e social, prevenindo eventuais complicações e evitando reinternações repentinas (CESAR; SANTOS, 2005).

Entretanto, faz-se necessário incorporar, à prática, os cuidados aos sujeitos que irão participar desse modelo assistencial baseado na atenção básica, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. O acompanhamento de uma pessoa com riscos relacionados à HA ou até mesmo DM envolve o ensino e a capacitação dos membros multidisciplinares e respectivos cuidadores, uma vez que esses indivíduos são partícipes do processo, situação com a qual o profissional de enfermagem possui estreita relação (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009).

Segundo Perlini e Faro (2005), a compreensão das atividades de cuidado, assim como das dificuldades enfrentadas pelo Programa Saúde da Família referentes aos problemas que podem agravar os quadros de HA e DM, contribuem sobremaneira para as atividades educacionais da equipe, para que auxiliem em ações socioeducativas de acompanhamento.

A natureza inesperada dessa patologia exige tomadas de decisões e estratégias para prestar a devida assistência ao doente, seja emocional, seja financeira ou de acompanhamento. É uma adversidade que transtorna o cotidiano do indivíduo e da família, provocando diferentes impactos em seus membros (BRITO; RABINOVICH, 2008a, p. 154).

O Programa Saúde da Família (PSF), ou mais recentemente ESF, é uma das estratégias que visa atender o indivíduo e sua família de forma integral e contínua, criando e recriando ações para promoção, proteção e recuperação da saúde. Objetiva também reorganizar a prática assistencial, retirando o foco da atenção do hospital e passando a focar a família no seu âmbito físico e social.

PSF pode ser definido como: “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (ROSA; LABATE, 2005, p. 1030).

Para Bocchi (2004), o princípio da valorização das iniciativas de origem educativa mostra-se como uma das principais alternativas em meio ao processo de reabilitação junto aos profissionais de saúde que cuidam de indivíduos portadores de doenças crônicas.

Entretanto, para instrumentalizar a equipe de enfermagem junto aos Programas de Saúde da Família que atendam portadores de HA e DM, há necessidade de implementação de programas de caráter educativo, objetivando prepará-los para o enfrentamento de adversidades (BRITO; RABINOVICH, 2008).

Sendo a HA e DM doenças crônicas que causam incapacidade, deficiências e desvantagens aos pacientes, tal acometimento deve ser considerado nos respectivos planejamentos dentro e fora da assistência de enfermagem, uma vez que a doença exige um amplo cuidado fora do ambiente hospitalar (CARVALHO; PINTO, 2007).

De acordo com Machado; Jorge e Freitas (2009), na relação entre a equipe de enfermagem e o paciente deve estar sempre presente um ambiente interativo, em que a assistência seja feita através de um modelo educativo, visando preparar o paciente às intempéries que envolvem os hipertensos e diabéticos, considerando, aspectos intrínsecos, não apenas aos mesmos como também do cuidador responsável, dentre os quais estão, “o respeito pelos costumes e culturas”, objetivando o preparo da família para assumir a contento os cuidados com a saúde.

Nessa perspectiva, o cuidado acontece durante a interação com o outro, ou seja, aquele que cuida deve mostrar-se capaz de compreender o outro em seu mundo de vida e, dessa forma,

potencializar a sua capacidade para o enfrentamento de problemas a partir dos significados, conceitos e crenças que possui (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009, p.247).

Neste sentido, Machado; Jorge e Freitas (2009) enfatizam que a equipe de enfermagem necessita valer-se de programas efetivos relacionados à assistência prestada aos portadores de doenças crônicas de modo a facilitar o processo de adaptação da família à nova situação vivenciada.

Lessmann et al. (2011) destacam que a prestação de assistência por meio de programas e estratégias faz parte das diversas funções atribuídas aos profissionais envolvidos, que buscam privilegiar a independência e autonomia para o desenvolvimento do autocuidado, procurando atender e suprir as necessidades da vida diária.

A promoção de atividades, ações e programas já existentes implica em um processo dinâmico, envolvendo orientações para a saúde que auxilia as unidades de saúde e, por extensão, aos portadores de HA e DM a obterem uma melhor qualidade de vida nos aspectos físico, mental, espiritual e social, que inclui a valorização e/ou resgate da dignidade, do auto-respeito e independência (LESSMANN et al., 2011).

## 2 JUSTIFICATIVA

A escolha deste tema fundamenta-se em necessidades levantadas em diagnósticos territoriais e epidemiológicos referentes ao município de Delta-MG conforme a secretaria municipal de saúde (SMS), entre o ano de 2012 e 2014. Em uma população de 8109 mil habitantes, foram registrados 414 casos de HA e 126 casos de DM, o que aparentemente mostra-se compatível com a realidade nacional em que ambas as doenças representam uma das principais causas de morbimortalidade no país.

O acometimento dessas patologias resulta em severas mudanças em todo o cotidiano da família e do paciente, de forma direta e impactante sua saúde, o que demanda diferentes políticas de assistência de cunho clínico e social. Seu tratamento requer uma série de procedimentos e ações específicas para os profissionais de saúde e devem envolver o profissional de enfermagem e toda a equipe envolvida do ESF e multidisciplinar.

Na esfera assistencial, o enfermeiro participa do atendimento integral e interrompido, e sua atuação na saúde pública tem papel fundamental no acompanhamento e orientação ao paciente e a família.

Diante desse contexto, faz-se necessário um estudo acerca da participação da equipe multidisciplinar frente aos efeitos causados por patologias como essas HA e DM, tanto na prevenção e promoção da saúde quanto na assistência prestada durante todo o transcorrer de seu tratamento.

### **3 OBJETIVO**

Estudar aspectos clínicos e epidemiológicos de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus abordados na atenção básica em saúde.

#### **3.1 Objetivos específicos**

- Descrever mecanismos de adoecimento de portadores de HA e DM;
- Relatar as ações implantadas na atenção básica em saúde para atender a demanda de portadores de HA e DM no Brasil.

## 4 METODOLOGIA

O presente texto constitui-se de uma revisão bibliográfica referente à problemática da HA e do DM articulada a uma pesquisa exploratória (Gil, 2008) realizada dentro do contexto vivenciado em uma Unidade de Saúde que atua a partir dos princípios da Estratégia de Saúde da Família.

No estudo, será utilizada uma expansão na literatura compreendendo fontes baseadas na língua portuguesa, provenientes de acervo literário e periódicos, além de dados retirados de meio eletrônico (internet), tais como, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência de Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Pubmed, manuais de jornais e revistas especializados, Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS), além dos livros de Ciências em Saúde, abrangendo os últimos dez anos de (2000 a 2014) que tratam de explanar o papel da equipe de enfermagem, versando sobre a importância da ESF junto a portadores de HA e/ou DM.

Os materiais selecionados para leitura foram identificados mediante a problemática da obra, resumo do conteúdo, anotações de citações e críticas pessoais elaboradas pela autora do trabalho. Foi destacado o trabalho da equipe de saúde da família e o papel do enfermeiro diante da orientação e toda a assistência trazida aos portadores de HA e DM e suas famílias.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Características gerais do diabetes *mellitus* (DM)

Conforme Brody (1997), o termo Diabetes mellitus (DM) envolve um grupo de afecções patológicas e etiológicas de gravidades diferentes baseadas no pâncreas endócrino. A palavra diabete advém do vocábulo grego diabetes, que significa “sifão”, empregada para denotar a produção copiosa de urina em indivíduos com esta afecção.

O DM é conhecido há aproximadamente 2.000 anos, entretanto, os médicos antigos não distinguiam o DM de outra doença, o diabete insípido. Ambas as afecções decorrem do sistema endócrino, gerando um excessivo volume urinário nos indivíduos acometidos.

Para Silva (1998), o DM é uma doença tão antiga como a própria humanidade. Areteus, conhecido como um médico romano, criou o termo diabetes que significa “passar através de”, em razão da poliúria, um dos sintomas típicos da doença, de modo a assemelhar-se à drenagem de água por meio de um sifão.

Diabetes em grego quer dizer sifão (tubo para aspirar a água), este nome foi dado devido a sintomatologia da doença que provoca sede intensa e grande quantidade de urina. O diabetes só adquire a terminologia mellitus no século I d.C.; Mellitus, em latim, significa mel. Logo, a patologia passa a ser chamada de urina doce (Marcelino; Carvalho, 2009, p.07).

De acordo com Marcelino e Carvalho (2005), o primeiro caso de diabetes foi registrado no Egito antigo em 1500 a.C., como uma doença desconhecida. Não distante, a sua denominação foi utilizada pela primeira vez por Apolonio e Memphis em meados 250 a.C.

Segundo ainda o mesmo autor, Claude Bernard (1813-1878) descobriu a função glicogênica do fígado, atribuindo o DM a um excesso de produção de açúcar por esse órgão, todavia demonstrando a relevância do sistema nervoso para a regulação da glicose. Posteriormente, em 1869, Langerhans descobriu as correspondentes ilhotas nos tecidos pancreáticos. Por sua vez, após exaustivos experimentos, realizados no laboratório de Macleod em Toronto, Banting, em



colaboração com Best, em 1921, descobriu e isolou então a isletina, ou seja, a atual insulina (SILVA, 1988).

Em 11 de janeiro de 1922 foi aplicada a primeira injeção de insulina com a finalidade terapêutica. A descoberta da insulina constituiu um marco culminante na história do diabetes e a maior conquista no tratamento da doença. Essa descoberta valeu a Banting o Prêmio Nobel de medicina (SILVA; 1998, p. 748).

A partir de 1970, inúmeros progressos foram realizados no âmbito da diabetologia para obtenção de elevado grau de purificação da insulina. Silva (1998) relata que a Dinamarca passou a fabricar a insulina monocomponente (termo utilizado para distinguir preparações purificadas de insulina), altamente purificada, erradicando ou reduzindo os problemas clínicos, como lipodistrofias, alergias e resistência à insulina.

De acordo com Lopes (2006), o DM é o resultado da secreção inapropriada de insulina pelas células betas pancreáticas; de defeitos na ação da insulina ou mesmo a associação entre distúrbios provenientes de seu metabolismo. A patologia então a ser considerada como sendo não uma única doença, mas sim um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, constituído por etiologias diversas, que apresentam em comum a hiperglicemia crônica acompanhada de alterações no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas.

Para o mesmo autor, a hiperglicemia mantida por longo período está correlacionada a alterações teciduais, denominadas de alterações crônicas do diabetes. Por esse processo ocorrem as pequenas infecções dos vasos chamadas de microangiopatias e que compreendem a retinopatia e a nefropatia. As doenças dos grandes vasos são denominadas macroangiopatias, manifestadas clinicamente como doença arterial coronariana, cerebrovascular ou doença vascular periférica.

Síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (LOPES; 2006, p. 3570).

Brasileiro Filho (2000) destaca que se trata de um transtorno metabólico de natureza complexa e primária dos carboidratos, que, por sua vez, envolve secundariamente, porém de maneira relevante, também lipídeos e proteínas. Tal doença associa-se à resistência à insulina e/ou sua deficiência, absoluta ou relativa. A hiperglicemia de jejum ou níveis plasmáticos de glicose superiores a determinados limites, durante o teste de tolerância à glicose, constitui a sua principal distinção.

Independente dos aspectos etiopatogênicos da doença, a expressão fenotípica da carência de insulina se expressa através de ampla e variada ordem de distúrbios metabólicos com pelo menos três maneiras de apresentação. O estado pré-diabético, caracterizado, pelo atraso na liberação de insulina após a ingestão de glicose; tolerância diabética latente, em que a dinâmica do metabolismo intermédio é normal ou quase normal, no entanto, apresentando hipoglicemia reativa após as refeições e diminuição da tolerância à glicose e, por último, o estado denominado de diabete declarado, franco ou clínico, que se manifesta por hiperglicemia relativa, assim como outras alterações metabólicas e sinais e sintomas clínicos (BRASILEIRO FILHO; 2000).

Rang e Ritter (1999) citam que o DM refere-se a um distúrbio metabólico crônico, caracterizado por índices altos de glicemia – hiperglicemia (glicose plasmática em jejum > 7,0 mmol/l ou glicose plasmática > 11,1 mol/2 horas após refeição) – em razão da deficiência em insulina, comumente associado com resistência à insulina.

Ocorre hiperglicemia devido à liberação desorganizada de glicose pelo fígado, e a capacitação reduzida de glicose pelos esqueléticos com baixa síntese de glicogênio. Conforme os mesmos autores, quando o “limiar” renal para a reabsorção de glicose é ultrapassado, ocorre perda de glicose na urina (glicosúria), causando assim a diurese osmótica (poliúria), desta forma provocando a desidratação, sede e aumento da ingestão de líquidos (polidipsia) (RANG; RITTER, 1999).

Normalmente, os níveis de glicose em jejum são < 100mg/dl, o diagnóstico de diabetes é estabelecido quando estes níveis são ≥ 126mg/dl. Para o diagnóstico de diabetes são feitos alguns exames, a medida de glicemia em jejum, realizada através de uma amostra de sangue venoso, a medida da glicemia casualmente, tomada sem padronização de tempo desde a última refeição da pessoa examinada e o teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g) no qual a pessoa recebe uma carga de 75g de glicose oral em jejum e a

glicemia plasmática é medida antes e após 2 horas da ingestão (RANG; RITTER, 1999, p. 443).

Para Rang e Ritter (1999), como consequência destes distúrbios observados nos diabéticos, surgem diversas complicações no decorrer de alguns anos. Comumente, muitas destas complicações resultam de doenças dos vasos sanguíneos, tanto nos de grande calibre como nos pequenos. Neste sentido, a disfunção do endotélio vascular constitui um evento precoce, bem como crítico no tratamento, posto que têm sido envolvidos nesta disfunção os radicais livres derivados do oxigênio (O<sub>2</sub>) e os produtos da proteína-quinase e não-enzimáticos da glicose e da albumina, denominados produtos terminais da glicação avançada ou *advancedglycationend-products* (AGE).

As complicações crônicas surgem aproximadamente dentro de 10 anos após o diagnóstico de diabetes *mellitus*, sendo que, no DM tipo 1, a maior incidência é de complicações microvasculares e de neuropatias, no DM tipo 2 a maior incidência é de complicações macrovasculares (RANG; RITTER, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes, a prevenção pode ser realizada mediante a identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), identificação de casos não-diagnosticados (prevenção secundária) e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, visando a prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária). A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver o DM e tem impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde quanto a de tratar as complicações da doença (FERREIRA; FERREIRA, 2009, p.04).

De acordo como os mesmos autores, as respectivas complicações macrovasculares diabéticas acometem os vasos sanguíneos de médio e grosso calibre. Conforme as paredes dos vasos ficam espessas, sofrem esclerose e ficam com placas aderidas. Em razão disto, o fluxo sanguíneo é gradativamente interrompido.

Dentre as macroangiopatias, as principais doenças são a doença vascular cerebral, duas vezes mais frequente nos diabéticos, Doença da Artéria Coronária (DAC), que apresenta alta incidência de Doença Vascular, e a Doença Vascular Periférica, que apresenta a incidência de 50% das amputações não-traumáticas que estão relacionadas ao DM (BRASILEIRO FILHO; 2000).

De acordo com Toscano (2004), o HA e DM estão associados à morbidade, bem como mortalidade e são responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Tal combinação dessas doenças crônicas resulta em grande parte das transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas registradas no século passado que, de forma direta ou indireta, determinaram o perfil de risco dessas doenças.

## **5.2 Características gerais da Hipertensão arterial (HA)**

Conforme Fonseca et al. (2008), a HA pode ser de natureza primária/essencial ou secundária. As etiologias da HA primária não são devidamente esclarecidas na maioria dos casos, ao passo que a HA secundária deve ser investigada, pois o diagnóstico etiológico significa, em modo geral, a possibilidade de tratamento específico e cura ou controle por intervenção clínica ou cirúrgica, estabelecendo um bom prognóstico.

Araújo, Moncau e Marcopito (2007), relataram que a HA prejudica órgãos nobres do organismo e que grande parte dos indivíduos acometidos por essa doença desconhece sua condição. Dentre os mesmos, cerca de 70% não apresentam níveis pressóricos controlados.

Rosário et al. (2009) descreveram que, conforme as Diretrizes Brasileiras de HA, são considerados hipertensos os adultos cuja a pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou maiores a 140 mmHg, e/ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou superior a 90 mmHg. A HA é representada por uma síndrome, uma vez que está frequentemente combinada a um conjunto de distúrbios metabólicos como obesidade, aumento da resistência à insulina, DM e dislipidemias, entre outros. A presença de tais fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é relevante e deve ser levada em conta no processo de estratificação do risco individual, de modo a favorecer o prognóstico, bem como a decisão terapêutica.

Segundo Jardim et al. (2007), a importância da HA como um fator de risco, assim como sua prevalência no âmbito mundial, tem variantes muito importantes, haja vista as modificações no perfil da população em se tratando dos hábitos alimentares e de vida, o que sugere uma exposição cada vez maior aos riscos

cardiovasculares, dada a quantidade de alimentos ingeridos na composição da dieta com altos índices de açúcar, gordura e sal, levando ao aumento de sobrepeso ou obesidade da população de maneira geral. Adiciona-se a esse quadro a baixa frequência de atividades físicas que também contribui para o agravamento da prevalência da HA atual.

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco (FR) e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (HA, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos torna ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência (JARDIM et al. 2007, p. 05).

De acordo com Mion Jr (2004), a presença de fatores de risco de origem cardiovascular decorre comumente na forma combinada, visto que, além da predisposição genética, os fatores ambientais podem associar-se para uma agregação de fatores de risco como idade, predominando a inatividade física, o sobrepeso, a hiperglicemia e a dislipidemia, ou seja, fatores de risco pouco saudáveis. Vale destacar que a obesidade aumenta a prevalência da associação de múltiplos fatores de risco.

Para Silva et al. (2006), o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial pode diminuir as complicações tanto da DM quanto da HA. Todavia, a abordagem da HA e da DM é feita através de intervenção medicamentosa e não medicamentosa, contudo, sempre acompanhada por mudanças e estilo de vida. Desse modo, a viabilidade do controle das taxas de glicemia e da pressão arterial depende necessariamente da adesão adequada do paciente ao tratamento e às práticas de saúde que visem estimular ou facilitar a mudança do estilo de vida. Diante disso, Brito et al. (2008), reportam que a grande dificuldade está no acompanhamento da saúde do paciente, pois é complexo adquirir novos hábitos saudáveis já que a tomada de decisão buscando a superação dos tradicionais fatores de risco parte exclusivamente do paciente. Daí a necessidade imperativa desenvolver programas de acompanhamento gerenciado por equipes multiprofissionais.

De acordo com Torquato e Negreiros (2013), as mudanças ocorridas na população mundial, no final do último século, em relação aos hábitos alimentares, à

expectativa de vida e às causas de morte contribuíram para redefinir o perfil de suscetibilidade às doenças, em outras palavras, as mudanças socioeconômicas e culturais repercutiram em maus hábitos alimentares, sedentarismo e conseqüente sobrepeso. A união destes fatores de risco ao envelhecimento populacional favoreceu o advento das condições crônicas como a hipertensão arterial e o DM.

Conforme Jardim e Leal (2009), a HA é, assim como o DM, um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, apresentando uma elevada prevalência, cerca de 22% a 44%. Por sua vez, incorrendo em elevado custo médico e social, para o país, especialmente em razão de suas complicações como doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doenças vasculares de extremidades. Não obstante, a trivial correlação de demais fatores de risco como cardiovascular, tabagismo, dislipidemia, obesidade, em especial, obesidade visceral e sedentarismo, está frequentemente associada ao DM, logo, sua identificação e estabelecimento de métodos de controle são estratégias na diminuição da morbimortalidade por essas doenças.

De acordo com Brito e Volp (2008), para uma melhor eficiência no tratamento dessas doenças não-transmissíveis, é necessário que pacientes tenham um acompanhamento das equipes multiprofissionais de saúde regularmente.

Para Costa et al. (2007), as complicações advindas da HA, invariavelmente requerem do paciente cuidados médicos onerosos, exigindo permanente tratamento medicamentoso, exames complementares periódicos, assim como procedimentos como diálise ou mesmo transplante. Não obstante, doenças de natureza cardiovasculares representam uma das principais causas de internações hospitalares e reconhecidamente complexas. Por toda a complexidade desse problema e pelo número de pessoas acometidas, Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), apontam que o DM e HA são doenças crônicas consideradas problemas de saúde pública.

### **5.3 Estratégia Saúde da Família e as contribuições do Hiperdia**

Entre diferentes possibilidades que vem sendo implantadas no âmbito do serviço da saúde, destaca-se o Programa de Saúde da Família (PSF) desenvolvido

pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, que foi considerado um eixo reestruturante de atenção básica, atuando de forma multidisciplinar. Tal programa surgiu como uma resposta aos graves problemas de saúde pública, dada a necessidade de reorientação das práticas de saúde, assim como renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços, a partir do desenvolvimento de práticas educativas abrangendo a saúde pública como um todo.

Araújo e Guimarães (2007) citam que, conforme o MS, as atuais políticas de promoção e proteção à saúde tem preconizado ações de caráter multiprofissional com base na atenção primária à saúde, como o combate à HA. Nesse aspecto, inclui o PSF, também conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), onde a atenção é focada na família e estruturada sob a responsabilidade da equipe multiprofissional. A organização desse programa deriva de gestão de competências bem definidas e integradas entre membros da equipe multiprofissional.

Conforme Roecker e Silva (2011), a Estratégia Saúde da Família (ESF), estabelece uma reorganização da produção de cuidados de saúde, com vista para a reorientação da prática assistencial em direção a uma assistência “focada na família, compreendida a partir de seu ambiente físico e social”, onde a atuação do enfermeiro passa a ser fundamental.

A partir da criação da ESF, como estratégia do SUS, o trabalho do enfermeiro foi incorporado a um conjunto de atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa. Além de produzir modificações relevantes na organização e operacionalização dos serviços de acordo com a política vigente do país, o perfil do profissional teve que se adequar às mudanças do momento histórico, fazendo com que este adquirisse competência técnica e científica na assistência de enfermagem à população, com ênfase nas ações de educação em saúde ao sujeito no contexto familiar e social, visando especialmente à promoção da saúde (ROECKER; SILVA, 2011, p. 03).

Gaia e Ferreira (2012), reportaram que, buscando elaborar um acompanhamento constante, em grande parte em razão do aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, foi criado no Brasil, em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, chamado de Hiperdia. Tal programa procura equalizar os agravos advindos destas doenças, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e

controle dessas patologias. Para tanto, é fundamental uma reorganização do trabalho de atenção à saúde das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde.

Ferreira e Ferreira (2009), relatam que o Sistema Hiperdia foi desenvolvido visando permitir o monitoramento mais preciso dos pacientes atendidos e cadastrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de modo a favorecer a geração de informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de maneira racional aos pacientes.

Entretanto, para Cunha (2009), o Hiperdia depende, necessariamente, de um sistema informatizado que possibilite um detalhado cadastramento de portadores, seu correto acompanhamento em curto, médio e longo prazo para viabilizar um perfil epidemiológico da população assistida, otimizando assim o desenvolvimento de estratégias de saúde pública capazes de possibilitar a melhoria da qualidade de vida dos acometidos e redução dos custos sociais.

Considerando que a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os usuários e Unidades Básicas de Saúde são imprescindíveis ao sucesso do controle dessas afecções, o acompanhamento da HA e DM na atenção primária poderá evitar o surgimento e progressão de complicações, reduzindo internações hospitalares e mortalidade relacionada a esses agravos (TORQUATO; CERQUEIRA, 2013, p. 05).

Conforme refere o autor, os tratamentos adequados para DM e HA envolvem um grupo de fatores complexos, exigindo o emprego de estratégias combinadas envolvendo equipes multidisciplinares. Assim é imperativo que as políticas de âmbito público orientem os profissionais a atuarem através de ações educativas, envolvendo comportamento de assistência nutricional associada á programas de cuidado continuado, principalmente no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade.

Conforme Giroto, Andrade e Cabrera (2010), para realizar um gerenciamento adequado, não são suficientes somente as medidas de orientação, mas também, estratégias que ajudem os usuários a promover mudanças de atitudes, exigindo ações de promoção de saúde e prevenção.

As orientações advindas da equipe de enfermagem, segundo Brito e Rabinovich (2008), devem levar em consideração o contexto sociocultural da família e se aproximar ao máximo de sua realidade cotidiana para serem efetivas. Assim, é sugerida a criação de grupos de cuidadores/família de portadores de HA e DM, onde



possam compartilhar experiências e se apoiar mutuamente em frente aos abalos provenientes desta doença.

Carvalho et al.(2012) apontaram que o programa Hiperdia foi responsável pela reorientação da Assistência Farmacêutica proporcionando o fornecimento gratuito de medicamento. Por outro lado, a isolada criação de políticas e/ou programas para a prevenção das doenças cardiovasculares não necessariamente garante a equalização do problema. Assim, faz-se necessária a integral adesão do paciente ao programa terapêutico proposto. Tal comprometimento por parte do usuário depende de três fatores:

- Do mesmo estar ciente de sua condição de saúde e comprometido com o tratamento;
- Dos profissionais de saúde através dos esclarecimentos e incentivos;
- Do apoio familiar.

Segundo os autores, a não adesão ao tratamento medicamentoso e do uso irracional de medicamentos é considerada a principal responsável pelos índices de insucesso no tratamento, refletido por agravos no processo patológico, o que traz como consequência maiores custos à saúde pública do país em função do aumento no número de casos de intoxicações e internações hospitalares.

Portanto, para que haja uma atuação diferenciada a Equipe de Saúde da Família precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade e desenvolver um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, execução e avaliação Santos, (BORGES; ARAÚJO; SOUZA, 2011).

Santos, Borges, Araújo e Souza (2011), enfatizam que a atenção de enfermagem na Estratégia Saúde Família, em associação com equipes multidisciplinar, em especial, no Hiperdia, usa garantir a adesão do paciente no tratamento, tanto no que se refere à mudança de comportamento quanto na adesão medicamentosa (CASTRO et al, 2007). Por sua vez, o sistema Hiperdia, desenvolvido com os objetivos principais de facilitar o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), gera informações preciosas para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, conforme preconiza a Atenção Farmacêutica, de maneira sistemática, a estes pacientes, com intuito de prover qualidade de vida aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

## 6 CONCLUSÃO

A partir do desenvolvimento do presente estudo, considera-se que as transformações demográfica, nutricional e epidemiológica, ocorridas no século passado, fomentaram um perfil de risco para a população, em que as doenças crônicas não transmissíveis, por serem altamente prevalentes, adquiriram um papel importante e condicionaram um expressivo ônus para a saúde pública. O DM, bem como HA, são considerados um exemplo dessa situação, representando grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.

Nesse contexto, o programa ESF que trouxe um redesenho de modelo assistencial, privilegiando as questões relacionadas ao cuidado à população, em especial, aos portadores de DM e HA. Assim sendo, os pacientes acometidos tem o direito de serem cuidados por uma equipe, de forma integral e resolutiva, e também inseridos em projetos terapêuticos. A equipe de enfermagem, dentro do âmbito multidisciplinar, compartilha responsabilidades, o que inclui autonomia e autogoverno por parte dos próprios pacientes envolvidos nesse processo terapêutico.

A ESF tem uma ação fundamental, por meio da articulação com outros profissionais militantes na área da saúde, abrangendo políticas educacionais, estabelecimento de laços com as famílias, bem como com a comunidade, num trabalho que inclui parcerias e intersetorialidade, conforme é orientado em suas diretrizes.

## REFERÊNCIAS

BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 569-573, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000500011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 fev 2014.

BRITO, Eliana Sales; RABINOVICH, Elaine Pedreira. A família também adoecel:mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 783-794, 2008b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 fev. 2014.

BRITO, C. J; VOLP, A. C. P. Nutrição, Atividades Físicas e Diabetes. 2008. Universidade Federal de Viçosa. Brasil. **Revista Digital Buenos Aires**: n. 3, p. 119. Abr 2008.

CARVALHO, AndreLuis Menezes et al . Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, July 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Mai. 2014.

CARVALHO, FrancielliRegini; PINTO, Maria Helena. A Pessoa Hipertensa Vítima de Acidente Vascular Encefálico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 349-355, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a05.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2014.

CESAR, Alesssandra Mendonça; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 647-652, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000600004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 fev 2014.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes. Sistema Único de Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 2, Apr. 2009 .

FERNANDES, Léia Cristiane L; BERTOLDI, Andréa D; BARROS, Aluísio J D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 4, Aug. 2009 .

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras EndocrinolMetab**, São Paulo , v. 53, n. 1, Feb. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302009000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em:10 Mai. 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIROTTO, Edmarlon; ANDRADE, Selma Maffei de; CABRERA, Marcos Aparecido Sarriá. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, 19(2):133-141, 2010.

JARDIM, Aline Danielle lezzi; LEAL, Angela M. O.. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acessoem: 10 Mai. 2014.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 271p.

LESSMANN, Juliana Cristina et al . Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 198-202, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100030&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 fev. 2014.

MACHADO, Ana Larissa Gomes; JORGE, Maria Salete Bessa; FREITAS, Consuelo Helena Aires. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 246-251, mar./abr. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 408p.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 41, n. 1, Mar. 2007.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília

, v. 66, n. spe, Sept. 2013 . Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 Fev. 2014.

ROECKER, Simone; SILVA MARCON, Sonia. Educação em saúde: Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 29, n. 3, Nov. 2011. Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072011000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acessoem: 10 Mai. 2014.

SANTOS, Leny Vicente Barbosa dos; BORGES, Cristiane José; ARAÚJO, Maria Aparecida da Silva; SOUZA, Paula Regina de. Principais desafios enfrentados pelos enfermeiros em relação às prescrições de medicamentos no hiperdia. **Cadernos de Estudos e Pesquisas**. vol.15, nº 33. 2011.

SKORECKI, Green J, Brenner BM. **Insuficiência renal crônica**. In: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, editores. Harrison medicina interna. 16ª Ed.Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamerica do Brasil; 2006. P. 1732-42.

TORQUATO, Fernanda Maria da Silva; Edson NEGREIROS. **Hiperdia**: perfil dos hipertensos e diabéticos do município de Goiânia. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/HIPERDIA%20PERFIL%20DOS%20HIPERTENSOS%20E%20DIAB%3%89TICOS.pdf> . Acesso em: 10 de mai. 2014.