



ESTADUAL DA PARAÍBA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS
SECRETARIA DE ENSINO A DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE

MONICA FERNANDES VILAR

**INCIDÊNCIA DA HIPERTENSÃO E DE DIABETES NOS
PACIENTES ATENDIDOS PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Campina Grande –PB
2012

MONICA FERNANDES VILAR

**INCIDÊNCIA DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES NOS PACIENTES
ATENDIDOS PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em gestão em saúde da Universidade Estadual da Paraíba, em convênio com Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Orientadora: Dr^a. Yldry Souza Ramos de Queiroz Pessoa

Campina Grande –PB
2012.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

V697i Vilar, Monica Fernandes.

Incidência da hipertensão e de diabetes nos pacientes atendidos pelas unidades básicas de saúde [manuscrito] / Monica Fernandes Vilar. – 2012.

48f. :il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Estadual da Paraíba, Secretaria de Educação a Distância - SEAD, 2012.

“Orientação: Profº. Dr. Yldry Souza Ramos de Queiroz Pessoa”.

1. Políticas Públicas na Saúde. 2. Hipertensão. 3. Diabetes.
I.Título.

21. ed. CDD 362.1

MONICA FERNANDES VILAR

INCIDÊNCIA DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES NOS PACIENTES
ATENDIDOS PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Data da apresentação: 26 de julho 2012

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em: 26/07/2012

Yldry Sousa Ramos Queiroz Pessoa
(Drt.) Yldry Sousa Ramos Queiroz Pessoa- Orientadora
Faculdade Maurício de Nassau

Sócrates Pereira Ferreira
(Ms.) Sócrates Ferreira – 1º Membro
Faculdade Maurício de Nassau

Adriana Paula Braz de Souza
(Ms.) Adriana Paula Braz de Souza – 2º Membro
Faculdade Maurício de Nassau

Campina Grande –PB
2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, familiares e amigos que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

- A Deus por me ajudar nos momentos difíceis e pelas alegrias que me proporciona. Enfim, por ser à base da minha vida e fé.
- Aos meus pais, pelo amor incondicional e pela paciência. Por terem feito o possível e o impossível para me oferecerem a oportunidade de estudar.
- Aos meus irmãos, que mesmo inconscientemente me incentivaram, sendo além de irmãos amigos, a correr atrás dos meus objetivos, agradeço de coração.
- A orientadora Yldry Pessoa pelo apoio, simpatia e presteza que com muito carinho não mediu esforços para que eu chegasse nessa etapa.
- Aos membros da banca examinadora Sócrates e Adriana por aceitarem o convite e terem contribuído para avaliação desse trabalho.
- Aos amigos, pela ajuda no início de carreira, pelas conversas que muito me ajudaram neste trabalho e pela torcida positiva, muito obrigado.

VILAR, Monica Fernandes. **INCIDÊNCIA DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES NOS PACIENTES ATENDIDOS PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE** Monografia (Pós-Graduação) Universidade Estadual da Paraíba UEPB, Campina Grande, 2012.

RESUMO: O presente estudo analisou a incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM). A população deste estudo (n = 752) foi constituída pelo universo de pessoas cadastradas na ESF. Os resultados do estudo mostraram um predomínio de mulheres com baixa escolaridade e casadas; 65% referiram receber aposentadoria; 63% relataram morar com filhos. A formação do quadro clínico, das doenças, foco desta pesquisa, deu-se: 69% hipertensos, 16% hipertensos com diabetes tipo 1 e 15% hipertensos com diabetes tipo 2. Com relação ao hábito de vida, viu-se que 79% não se apresentaram fumantes, 68% bebem ou já beberam; 68% afirmaram não praticar nenhuma atividade física. Referindo ao tratamento observa-se que 92% realizam tratamento medicamentoso e gratuito. Conclui-se que há necessidade de maior adequação por parte dos profissionais e serviços de saúde para uma efetiva implementação de políticas públicas com atenção adequada aos problemas de saúde referidos nesta pesquisa.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes; Políticas Públicas.

VILAR, Monica Fernandes. ANALYSIS OF THE IMPACT OF DIABETES AND HYPERTENSION IN PATIENTS TREATED FOR BASIC HEALTH UNITS IN THE MUNICIPALITY OF Taperoá / PB. Monograph (Graduate) UEPB State University of Paraiba, Campina Grande, 2012.

ABSTRACT: The present study examined the incidence of high blood pressure (hypertension) and diabetes mellitus (DM). The study population (n = 752) was comprised by all persons registered at FHS. The study results showed a predominance of women with low education and married, 65% reported receiving retirement, 63% reported living with children. The training of clinical symptoms, diseases, focus of this research took place: 69% were hypertensive, 16% hypertensive patients with type 1 diabetes and 15% hypertensive patients with type 2 diabetes. With regard to lifestyle habits, found that 79% had no smokers, 68% drink or already drunk, 68% said they did not practice any physical activity. Referring to treatment is observed that 92% have drug treatment and free. It is concluded that there is need for more appropriate for health professionals and health services for effective implementation of public policies with proper attention to health problems reported in this study.

Keywords: Hypertension, Diabetes, Public Policy

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Escolaridade	41
Gráfico 2 – Atividade Remunerada x Aposentadoria	41
Gráfico 3 – Hábito de Fumar	42
Gráfico 4 – Hábito de Beber	42
Gráfico 5 – Prática de Atividade Física Semanal	43
Gráfico 6 – Quadro Clínico	43
Gráfico 7 – Quadro Clínico	44

LISTA DE TABELAS E QUADROS

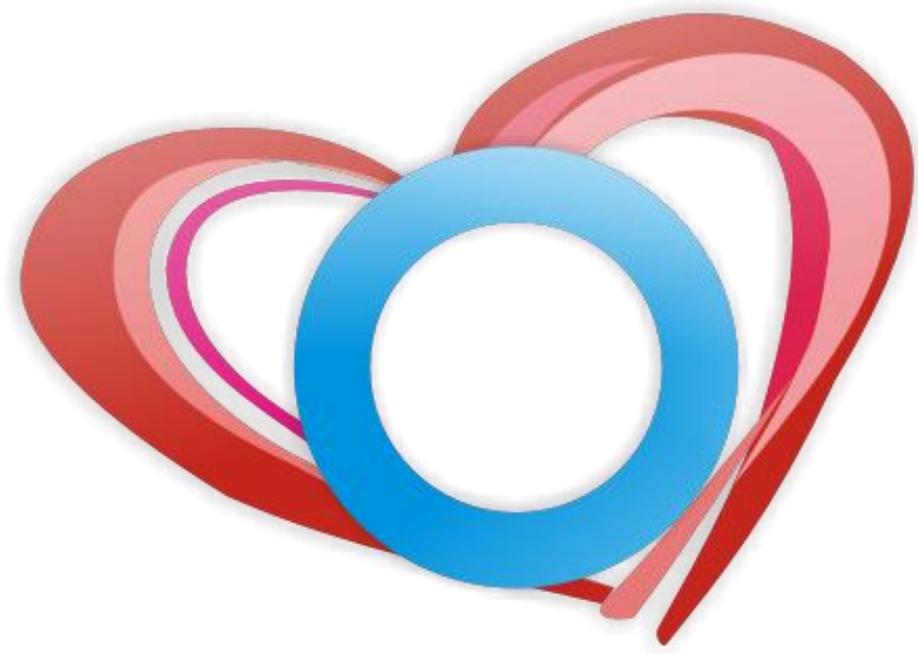
Tabela 1 - Recomendações para seguimento (prazos máximos)*	30
Quadro 1 - Fatores de Risco	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas não transmissíveis
DM – Diabetes Mellitus
et al. – E outros
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HAP - Hipertensão Arterial Primária
mmHg – Milímetro de Mercúrio
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão Arterial
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB - Paraíba
PSF – Programa de Saúde da Família
SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia
SIAB – Sistema de Atenção Básica
SINASC – Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS – Sistema Único de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
% - Percentual
≥ - Maior Igual
< - Menor

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 DOENÇAS CRÔNICAS: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS	18
3.1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	18
3.1.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica	18
3.1.3 Tipos de Hipertensão Arterial	19
4.1.3.1 Hipertensão Primária ou Essencial	19
4.1.3.2 Hipertensão Secundária	19
3.1.4 Causas da Hipertensão Arterial Sistêmica	20
3.1.5 Fatores Relacionados com a Hipertensão Arterial Sistêmica	21
3.1.6 Diagnóstico da Hipertensão Arterial	22
3.1.7 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica	23
3.2 DIABETES MELLITUS	25
3.2.1 Epidemiologia do Diabetes Mellitus	25
3.2.2 Tipos de Diabetes Mellitus	26
3.2.2.1 Diabetes tipo 1.....	26
3.2.2.2 Diabetes tipo 2.....	26
3.2.3 Fatores relacionados com o Diabetes Mellitus	27
3.2.4 Diagnóstico do Diabetes Mellitus	27
3.2.5 Tratamento do Diabetes Mellitus	27
3.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA X DIABETES MELLITUS	28
3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS	29
4. METODOLOGIA	32
4.1 Tipo de estudo.....	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
6. CONCLUSÕES	40
REFERÊNCIAS	43



As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças que apresentam um longo tempo de evolução, período de latência, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito. Até pouco tempo atrás no Brasil as doenças infecciosas se destacavam como principal causa de óbito, hoje vemos a inversão deste quadro as doenças transmissíveis pelas não transmissíveis, que, calcada num complexo processo que envolve inúmeros fatores biológicos e sócio-econômicos, relacionados com a urbanização e a industrialização.

Acredita-se que a ocorrência das doenças esteja relacionada a um complexo conjunto de fatores que interagem entre si, potencializando os seus efeitos. Assim, o conhecimento sobre os mesmos é fundamental para desenvolver atividades para sua prevenção. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCNT são atualmente as principais causas de mortalidade no mundo (Manton, 1998). No Brasil (CHOR; FONSECA; ANDRADE, 1995) as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças mais comuns nos dias de hoje e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial (PA) acima de 140x90 mmHg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos, tendo como causas principais a obesidade, a hereditariedade, o estresse, o sedentarismo, o alcoolismo e outras. Elevações ocasionais da PA podem ocorrer com exercícios físicos, nervosismo, preocupações, drogas, alimentos, fumo, álcool e café. Além de ser um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causam como as doenças cerebrovasculares, arterial, coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (MION, et al., 2002). Para Freitas e col. (2001), os estudos de incidência de Hipertensão Arterial (HA) no Brasil são poucos e não-representativos, variando de 22% a 44%. É uma doença que apresenta grande morbidade, com altos custos envolvidos no seu tratamento (FLACK, et al., 2002). Espera-se que com o controle adequado da PA haja redução dos índices de mortalidade e morbidade e dos custos correlacionados a essa doença (NEAL, B. et al., 2000).

Já o Diabetes Mellitus (DM) é uma doença provocada pela insuficiência de produção e/ou de ação da insulina, que leva às complicações crônicas características e à sintomas agudos. O distúrbio envolve o metabolismo da glicose, das gorduras e das proteínas e tem graves conseqüências tanto quando surge rapidamente como quando se instala lentamente. Nos dias atuais, constitui-se, também, em problema de saúde pública pelo grande número de

peças que apresentam a doença, principalmente no Brasil. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas (SBD, 2002). Segundo Silvestre (1997), é a sexta causa mais frequente de internação hospitalar e contribui para outras causas de internação, como: cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial. Vale salientar que os diabéticos representam cerca de 30% dos pacientes que se internam em unidades coronarianas intensivas. Essa doença é a principal causa de amputação de membros inferiores (SPICHLER, et al., 1998) e de cegueira (SCHELLINI, et al., 1994); além disso cerca de 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise são diabéticos (BRUNO; GROSS, 2000).

Destarte, a HA e o DM constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Com frequência, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, família e sociedade. Estas duas doenças crônicas são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e insuficiência renal crônica submetidos à diálise.

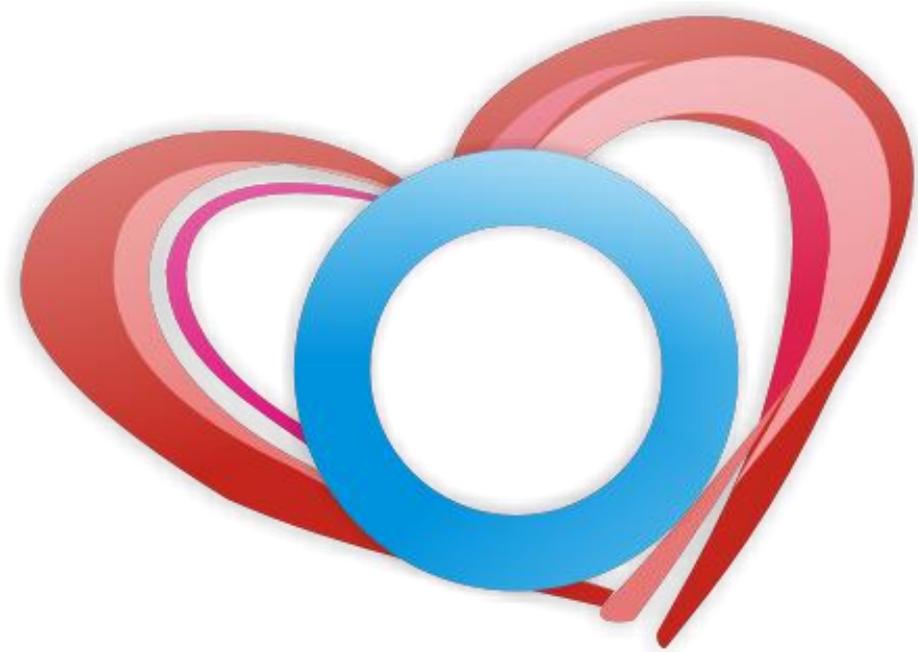
A abordagem da HA e do DM é constituída de intervenção medicamentosa e não medicamentosa sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida (MION e col., 2002; SBD, 2002). Assim, o sucesso do controle das taxas de glicemia e pressão arterial depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

Por tudo isso, a prevenção da HA e do DM e suas complicações é hoje prioridade em saúde pública. Elas podem ser tratadas por meio da identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), da identificação de casos não diagnosticados (prevenção secundária) e do tratamento dos casos clínicos visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

Portanto estas doenças supracitadas podem ser detectadas nos serviços de saúde, dentre estes, destacamos a Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual é um programa preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e/ou contínua.

Diante disto, optamos por pesquisar a incidência da hipertensão e do diabetes nos pacientes atendidos na atenção primária. Para tanto, optou-se por uma pesquisa bibliográfica e revisão de literatura com desenho exploratório-descritivo. Objetivando analisar a incidência da HA e DM e se existe a real necessidade de aplicação de métodos e técnicas que restabeleçam adequadamente o modo de vida e a prática de atividades físicas para os mesmos.

A importância de se identificar da HA e do DM nos pacientes, justifica a pesquisa, já que este fator é de extrema relevância porque poderá desencadear vários e graves problemas de saúde pública, onerando o estado e a população, os recursos que deveriam ser usados para melhoria da qualidade de vida acabam tendo que ser usados para tratamento dos pacientes acometidos por essas doenças.



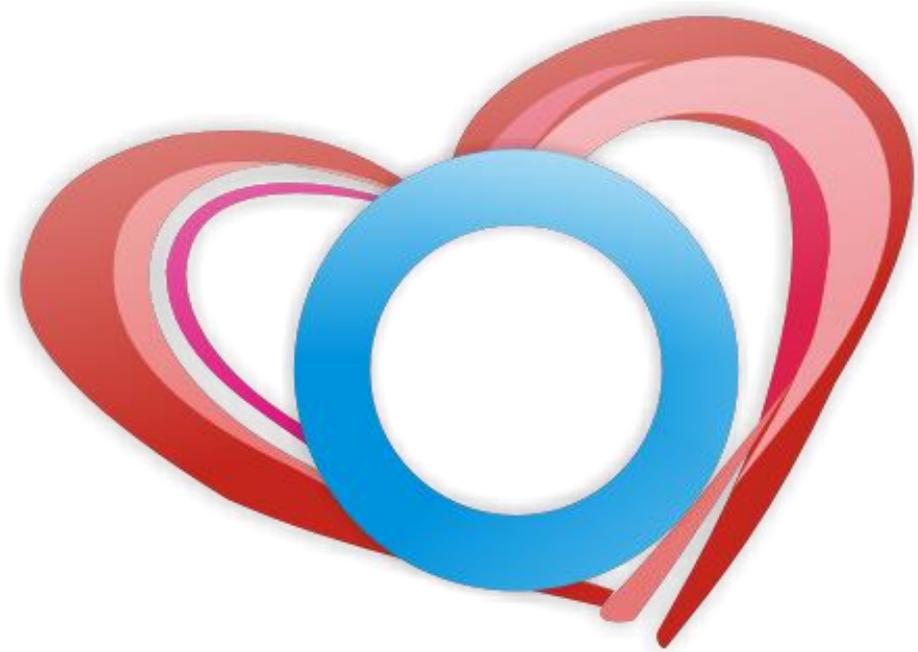
2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

- Traçar o perfil do paciente hipertenso e diabético atendidos na ESF's.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mostrar a incidência da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em pacientes atendidos nas ESF's no interior da Paraíba;
- Identificar se há associação da Hipertensão Arterial com o Diabetes Mellitus nos pacientes atendidos nas ESF's.



3 Referencial Teórico

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS

3.1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Na atualidade o percentual de 45,9 das doenças de todo o mundo é composto pelas doenças crônicas não-transmissíveis (WHO, 2000). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), conhecida popularmente como “Pressão Alta”, é uma das doenças crônicas que conquistou ônus crescente e preocupante, caracterizada pelo aumento da pressão arterial, constatada através de instrumento esfigmomanômetro calibrado, aparelho conhecido popularmente como aparelho de pressão. A HAS tem sido denominada de “assassino silencioso”, porque, em geral, ela não produz sintomas durante muitos anos (até ocorrer lesão de um órgão vital) e está sendo considerada problema de saúde pública em todos os países independente do seu grau de desenvolvimento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) admite os seguintes valores pressóricos normais: 120x80mmHG a pressão é considerada ótima, 130x85mmHG é analisada como limítrofe e valores superiores a 140x90mmHG são avaliados como Hipertensão.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em sua IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, compreende que a HAS é classificada em três estágios: 1 (leve - 140x90mmHg e 150x99mmHg), 2 (moderada -160x100mmHg e 179x109mmHg) e 3 (grave - acima de 180x110mmHg e 150x99mmHg) (MION JR., 2004).

3.1.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

O número de norte-americanos que apresentam HAS, presume-se que seja superior a 50 milhões. O problema ocorre mais frequentemente entre os indivíduos adultos da raça negra 38% em comparação com 29% dos adultos da raça branca. Frente a um determinado nível de pressão arterial, as consequências da HAS são piores nos indivíduos da raça negra e isso pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos (MION JR, *et al.* 2002). Quanto à ocupação, renda familiar e escolaridade que podem ser considerados indicadores de classe social, a HAS tem se mostrado mais frequente em trabalhadores situados nas classes mais desfavorecidas e com menor escolaridade (LOLIO *et al.*, 1993).

Com relação ao Brasil, sabemos que este continua passando por uma transição epidemiológica, que significa a mudança na incidência das causas de mortalidade, passando de causas infecto-contagiosas e maternas, as mais incidentes, para doenças crônicas degenerativas, como a HAS. Iniciou-se nos anos 70 do século passado os primeiros estudos brasileiros sobre epidemiologia da HAS no Brasil.

A HAS é um distúrbio relativamente comum e que apesar de não existirem estudos epidemiológicos de abrangência nacional, o Ministério da Saúde estima que atinge cerca de 15 a 20% da população brasileira. Estima-se que em cada cinco habitantes brasileiros um seja portador dessa patologia. Apesar da HAS ser seis vezes mais frequente em indivíduos idosos e de meia-idade do que em jovens, ainda podemos encontrar casos de crianças ou jovens adultos com esta doença crônica por possuírem algum problema sanguíneo ou alguma cardiopatia (BRASIL, 2009).

Entretanto, muitas pessoas são portadoras de pressão alta e desconhecem o fato, pois o organismo habitua-se a essa elevação e se mantém silencioso. Porém, paulatinamente, ocorrem alterações que comprometem a integridade de órgãos como o coração, os rins, o cérebro e os vasos sanguíneos (DELIBERATO, 2002).

3.1.3 Tipos de Hipertensão Arterial

3.1.3.1 Hipertensão Primária ou Essencial

Esse tipo de HAS ocorre quando a pressão sistólica é maior ou igual a 140 mmHG, e pressão diastólica é inferior a 90 mmHg, ou seja, a pressão diastólica está dentro da faixa normal. É mais comum em idades avançadas. Na hipertensão 95% dos casos não possui etiologia definida. Neste tipo de HAS, ocorre um aumento da rigidez das paredes arteriais e em 70% dos casos esse acréscimo é favorecido pela herança genética. Assim, é importante verificar o histórico familiar do paciente, uma vez que, se seus pais e parentes forem hipertensos, o paciente terá maior probabilidade de desenvolver a doença (MARTINS; PRADO, 2003; SANTOS; PYNH, 2003).

3.1.3.2 Hipertensão Secundária

É uma forma perigosa de alta pressão com evolução rápida, ocorre quando um determinado fator causal predomina demais, embora os outros possam estar presentes. Se não

for tratada, pode levar à morte em um período de 3 a 6 meses. A hipertensão arterial secundária, corresponde a 5% dos indivíduos hipertensos. Essa doença é bastante rara, ocorrendo em 1 a cada 200 pessoas que têm pressão alta. Ocorre com maior frequência na raça negra, sexo masculino e em pessoas com menor poder aquisitivo. (MARTINS; PRADO, 2003; SANTOS; PYNH, 2003)

Apesar de ter sempre de ser lembrada como uma possibilidade diagnóstica em qualquer paciente com HAS, a suspeita deve ser maior em certas situações, tais como:

- Idades extremas: Jovens menores de 20 anos e adultos maiores de 50 anos sem HAS progressiva.
- HAS severa e de difícil controle terapêutico.
- Aparecimento súbito em paciente sabidamente normotenso¹.
- História familiar negativa para outros casos de HAS
- Sinais e Sintomas associados: Sopro abdominal (estenose renal), hipocalemia (aldosteronismo), Flushing facial e taquicardia (feocromocitoma).

3.1.4 Causas da Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma doença de origem multifatorial caracterizada por níveis elevados de pressão sistólica e/ou diastólica, o que exige do profissional de saúde um olhar clínico para ler os sinais e sintomas apresentados por seus pacientes. Dentre as causas podemos citar segundo Mano (2009):

- Exógenas: Uso de contraceptivos orais é causa importante em mulheres em idade fértil. Outras menos comuns são o uso de glicocorticoides, ciclosporina A, eritropoetina e drogas simpaticomiméticas (contidas em medicações "anti-gripais") usadas de forma abusiva.
- Renais: Doença renal parenquimatosa é a maior causa de HAS secundária, seguindo-se da Hipertensão renovascular. As duas maiores causas de estenose renal são aterosclerose da artéria renal, comum no idoso e a fibrodilatação muscular comum em mulher caucasiana jovem.
- Mecânicas: Coarctação² da Aorta

¹ Pressão arterial dentro dos valores pressóricos normais.

² Coarctação, do latim *coartatio*, quando se refere ao arco aórtico, normalmente indica uma constrição no istmo aórtico entre a origem da artéria subclávia esquerda e o *ductus arteriosus* (AZEVEDO ; SANTOS, 2003).

- Endócrina: Feocromocitomas, Hiperaldosteronismo primário, Síndrome de Cushing, Hiper/Hipotireoidismo.

3.1.5 Fatores relacionados com a Hipertensão Arterial Sistêmica

Na maioria dos casos, desconhece-se a causa da hipertensão arterial sistêmica. Porém, segundo Telles (1999) vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o envelhecimento, a história familiar ou hereditariedade, a raça, o sexo, obesidade, os fatores dietéticos o tabagismo. Deteremos-nos nos últimos seis fatores por serem os mais contribuidores da HAS.

Hereditariedade – É comum que pessoas de uma mesma família com uma história de hipertensão, tendam a sofrer desse problema, neste caso alguém que tenha algum membro da família que sofreu derrames cerebrais e/ou ataques cardíacos, devem informar ao médico e procurar saber como anda sua pressão.

Relacionado com as raças - Os indivíduos de raça negra apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão.

Relacionado ao sexo - Estudos demonstram que atinge semelhantemente ambos os sexos, mas como normalmente as mulheres consultam mais o médico, esses problemas são detectados na fase inicial, portanto, com maiores possibilidades de tratamento.

Obesidade - Tem relação direta com outros fatores de risco para as doenças do coração, o obeso tem a pressão mais elevada, alterações do colesterol e maior tendência ao Diabetes. Controlar o peso diminui em 40% o risco de infarto, angina e derrame cerebral.

Os fatores dietéticos - Os elevados consumos de álcool e sódio aumentam os níveis pressóricos.

Tabagismo – A nicotina estimula a produção de adrenalina e acelera os batimentos cardíacos, em consequência, o coração exige mais oxigênio e como a absorção de oxigênio é prejudicada pelo monóxido de carbono, o coração passa a trabalhar com falta de oxigênio. O fumante passivo, pessoa que convive com fumantes, também é prejudicado, sendo que depois de dois anos sem fumar o risco de infarto é igual ao da população de modo geral.

3.1.6 Diagnóstico da Hipertensão Arterial

O diagnóstico é a determinação da natureza de uma doença, e é de grande importância que ele seja realizado seguindo rigoroso processo de análise, já que o mesmo é fator preponderante para o início de tratamento e ou acompanhamento das doenças.

Na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não é diferente. O diagnóstico realizado corretamente pode prevenir o aparecimento e/ou agravamento de doenças cardíacas, renais e acidente vascular cerebral. Já é possível usar softwares para melhorar o processo de tomada de decisão no diagnóstico da HAS. Torna-se necessário realizar a avaliação da HAS através de três parâmetros, os quais são recomendados por Martins e Prado (2003): anamnese, exames laboratoriais e exame físico.

➤ **Anamnese** – identificação de sexo, raça, idade e condições sócio-econômicas, tratamento prévio, duração da HA, sintomas sugestivos de isquemia cerebral, miocárdica, e de membros inferiores, bem como dispnéia, edema e perda de visão, sintomas sugestivos de hipertensão secundária, história familiar de hipertensão, diabetes, a obesidade e o sedentarismo, medicamentos que possam elevar a pressão arterial (PA) ou interferir no seu tratamento.

➤ **Exames laboratoriais** – exames de urina; colesterol total; dosagens de potássio; glicemia de jejum; dosagens de sódio; creatinina; HDL e triglicerídeos; hemograma.

➤ **Exame físico** – exames que sugerem hipertensão secundária; medidas da frequência cardíaca e PA; medidas do peso e da altura; ausculta das artérias caróticas, braquiais e radiais; aortas abdominal, femurais, tibiais posteriores e pediosas; exames do precárdio; exame do abdome; exame neurológico e do comprometimento vascular encefálico; exame do fundo do olho.

É importante saber que para se diagnosticar corretamente os níveis tensionais o procedimento é simples, porém sujeito aos fatores de erros. Assim, para se obter um diagnóstico correto da PA é importante adotar cuidados e critérios relacionados aos equipamentos, as técnicas, ao ambiente e ao paciente.

Para realização correta do diagnóstico do paciente é necessário que Orquiza (2000):

➤ A bexiga esteja vazia;

- Não haver praticado exercícios físicos;
- Não haver ingerido bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou haver fumado até 30 minutos antes da medida;
- Haver descansado por 5 a 10 minutos, sentado em ambiente calmo e com temperatura agradável;
- Relaxar bem o braço;
- Não falar durante o procedimento.

3.1.7 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

O tratamento da pressão arterial (PA) é fator preponderante para evitar agravos na saúde do paciente e deve ser realizado ao menos uma vez ao ano e sua frequência será estabelecida de acordo com os resultados (ver tabela 1). Porém no Brasil, apenas 27% dos hipertensos mantêm um controle satisfatório da PA (<120x80 mmHg) (OLIVEIRA, 2006).

Tabela 1: Recomendações para seguimento (prazos máximos)*
Pressão arterial inicial (mmHg)**

Sistólica	Diastólica	Seguimento
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses
140-159	90-99	Confirmar em 2 meses
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês
≥ 180	≥ 110	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana

* Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente.

** Se as pressões sistólica ou diastólica forem de categorias diferentes, o seguimento recomendado é definido como de menor tempo.

FONTE: OMS, 2004.

Para início do tratamento da hipertensão, o médico é a pessoa mais indicada para decidir quando e quais os remédios que devem ser utilizados. O tratamento vai depender não somente dos níveis de pressão arterial, mas também da co-existência de fatores de risco e de lesões em outros órgãos do corpo.

Antes da opção pelo tratamento medicamentoso na Hipertensão Arterial Primária (HAP) devem ser tomadas algumas medidas alternativas, tais como: Redução para menos de 2,3 gramas de sódio ou 6 gramas de cloreto de sódio ao dia (mantendo uma ingestão adequada de cálcio, magnésio e potássio).

- Redução da ingestão diária de cerveja para menos de 720 ml ou menos de 300 ml de vinho ou menos de 60 ml de bebidas destiladas.

➤ Exercícios aeróbicos moderados podem ajudar. Pessoas com hipertensão primária não precisam restringir as suas atividades à medida que sua pressão esteja controlada.

➤ Fumantes devem parar de fumar.

Via de regra a HAP responde facilmente à terapêutica anti-hipertensiva, e a perda do controle da pressão, também conduz à suspeita de causa secundária.

O Tratamento medicamentoso deve ser utilizado nas pessoas com hipertensão arterial grave - pressão sistólica acima de 180 mm Hg e diastólica acima de 110 mm Hg. Por isso estes pacientes precisam receber tratamento medicamentoso imediato. Por outro lado, pode-se frisar que o nível 1 representado por números menores, não deve ser considerado de importância secundária, já que a maioria dos portadores de HAS apresentam níveis tensionais leves, e as complicações aí incidem com maior frequência. Qualquer pessoa com HAP pode mantê-la sob controle com uma ampla variedade de medicamentos disponíveis, mas o tratamento precisa ser adaptado a cada indivíduo. A grande maioria dos portadores de HAP, inicia o tratamento com o uso de diuréticos ou beta bloqueadores, em geral tiazínicos, em quantidades pequenas.

Oliveira (2006) indica apresenta medicamentos utilizados para o tratamento da HAS, listados a seguir:

➤ **Tiazida** (diurético): ajuda os rins a eliminar o sal e água, diminuindo o volume de sangue dentro do organismo e conseqüentemente, reduzindo a pressão. Os diuréticos também fazem com que os vasos sangüíneos se dilatem. Provocam perda de potássio através da urina e algumas vezes pode ser necessário um suplemento de potássio ou um medicamento que retenha o potássio no organismo.

➤ **Bloqueadores adrenérgicos**: grupo de drogas que inclui os alfa-bloqueadores, os beta-bloqueadores e os alfa-beta-bloqueadores. Atuam bloqueando o sistema nervoso simpático, responsável pelo rápido aumento de pressão em resposta ao estresse.

➤ **Inibidores de enzimas conversoras de angiotensina e bloqueadores de angiotensina II**: são antagonistas de cálcio e vasodilatadores. Reduzem a pressão dilatando as artérias.

➤ **Antagonistas de cálcio e vasodilatadores diretos**: reduzem a pressão dilatando os vasos sangüíneos.

3.2 DIABETES MELLITUS

Segundo Pedroso e Oliveira (2007), o Diabetes Mellitus (DM) é a síndrome gerada pela ausência de insulina e/ou da inaptidão desta em desempenhar adequadamente seus efeitos. Em longo prazo o DM leva a falência de diversos órgãos tais como: os rins, os olhos, o coração e vasos sanguíneos.

O DM é o conjunto de doenças metabólicas que provoca hiperglicemia por deficiência de insulina (PEDROSO; OLIVEIRA, 2007). É constatado verificando os índices de glicose ou açúcar no sangue. Sabe-se que a glicose é a principal fonte de energia do organismo, porém em excesso é responsável por diversas complicações à saúde. Apesar de não existir uma cura definitiva para o Diabetes, há vários tratamentos disponíveis que proporcionam saúde e qualidade de vida para o paciente portador, porém quando não é tratada adequadamente, provocam doenças tais como infarto do coração, derrame cerebral, insuficiência renal, lesões de difícil cicatrização e problemas visuais (BRASIL, 2006).

O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006).

3.2.1 Epidemiologia do Diabetes Mellitus

O diabetes é uma doença comum de incidência crescente. No final da década de 1980 no Brasil, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras, variando de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias. Hoje se estima 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (IBGE, 2005). Pesquisas realizadas estimam que, em 1995 4% da população adulta mundial era acometida pelo diabetes e que até o ano de 2025, essa cifra alcançará de 5,4%. Grande parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. Hoje, no Brasil, há cerca de seis milhões de

portadores, e deve alcançar 12 milhões em 2014. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento, e isso impacta de forma muito negativa devido à morbi-mortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (BRASIL, 2006).

Sabe-se que a morbi-mortalidade no diabetes é alta, com perda significativa na qualidade de vida do indivíduo. Sendo uma das principais causas de mortalidade, podemos citar: insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura.

3.2.2 Tipos de Diabetes Mellitus

3.2.2.1 *Diabetes tipo 1*

O diabetes tipo 1 é uma doença autoimune caracterizada pela destruição de células beta produtoras de insulina. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune, que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, algumas vezes, está associado a outras doenças autoimunes como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a miastenia gravis. Cerca de 10% do total de casos de diabetes são tipo 1 (BRASIL, 2006).

3.2.2.2 *Diabetes tipo 2*

O diabetes tipo 2 é um distúrbio metabólico que é caracterizado por resistência à insulina, relativo déficit de insulina e hiperglicemia. Geralmente é administrado com exercícios físicos e modificações na dieta. A maioria dos pacientes tem excesso de peso e a cetoacidose ocorre apenas em situações especiais, como durante infecções graves. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2002) o diabetes tipo 2 abrange 85% a 90% do total de casos. Nos últimos anos ver-se que os casos de diabetes do tipo 2 cresce entre crianças e jovens nos Estados Unidos, em associação ao aumento da obesidade. Esta patologia está

umentando rapidamente no mundo desenvolvido, e existem evidências de que este padrão será seguido no resto do mundo nos próximos anos.

3.2.3 Fatores relacionados com o Diabetes Mellitus

De acordo com o Consenso Brasileiro de Diabetes (CBD, 2002) existem os fatores de risco para tanto o Diabetes Tipo 1, quanto o Diabetes Tipo 2, que são eles:

Diabetes Tipo 1	Diabetes Tipo 2
Idade maior ou igual a 45 anos	Disfunção erétil
Sedentarismo	Sobrepeso ou obesidade com IMC > 27 ou peso de 20% acima do ideal
HDL-c baixo ou triglicerídeos elevados	Mães de filhos que nasceram com mais de 4kg
Hipertensão arterial	História Familiar de DM (pais, filhos e irmãos)
Doença coronariana	Obesidade
Desidratação	Poliúria
Perda de peso	Dificuldade na cicatrização de feridas

Quadro 1- Fatores de risco
FONTE: OMS, 2004.

3.2.4 Diagnóstico do Diabetes Mellitus

O diagnóstico, na maioria dos casos, é feito a partir dos 40 anos de idade, embora possa ocorrer mais cedo, mas raramente em adolescentes.

O diagnóstico do DM pode ser analisado em pacientes que apresentam os sintomas e sinais clássicos da doença, entre eles podemos citar: aumento do volume e do número de micções, sede e fome excessiva e emagrecimento. O diagnóstico laboratorial do Diabetes Mellitus é estabelecido pela análise da glicemia no soro ou plasma, realizada em jejum de 8 a 12 horas (CZEPIELEWSKI, 2001).

3.2.5 Tratamento do Diabetes Mellitus

O DM é uma doença crônica, não possui cura por tratamentos convencionais, e sua ênfase médica é necessariamente em evitar e administrar futuros problemas decorrentes ou relacionados a esta patologia. Os objetivos do tratamento do DM são dirigidos para se obter uma glicemia normal, que segundo Albuquerque (2007) ocorre quando em jejum a glicemia encontra-se entre 70 mg/dl e 90mg/dl e inferior a 140 mg/dl duas horas depois da sobrecarga

de glicose, já Siqueira, Rodrigues e Frutuoso (2007) consideram que a glicemia para ser normal sua variação em jejum é de 70 mg/dL a 110 mg/dl.

O tratamento é baseado em cinco conceitos de acordo com Czepielewski (2001):

➤ **Plano alimentar:** auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, permitindo um controle metabólico adequado. Além disso, o tratamento nutricional deve contribuir para a normalização da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular, fornecer as calorias suficientes para manutenção de um peso saudável, prevenir as complicações agudas e crônicas e promover a saúde geral do paciente. Para atender esses objetivos a dieta deve ser equilibrada como qualquer dieta de uma pessoa saudável normal, sendo individualizada de acordo com as particularidades de cada paciente incluindo idade, sexo, situação funcional, atividade física, doenças associadas e situação sócioeconômico-cultural;

➤ **Atividade física:** os pacientes devem ser motivados para prática regular de atividade física, que pode ser uma caminhada de 30 a 40 minutos ou exercícios equivalentes.

➤ **Medicamentos, Hipoglicemiantes orais:** São úteis para o controle de pacientes com DM tipo 2 e nos pacientes com DM tipo 1. Em pacientes obesos e hiperglicêmicos, em geral a medicação inicial pode ser a metformina, as sultonilurías ou as tiazolidinedionas. A insulina é a medicação primordial para pacientes com DM tipo I e II.

➤ **Rastreamento:** O monitoramento, a detecção e o tratamento das complicações crônicas do DM deve ser sempre realizado conforme diversas recomendações. Esta investigação inclui o exame de fundo de olho com pupila dilatada, a microalbuminúria de 24 horas ou em amostra, a creatinina sérica e o teste de esforço. A análise adequada do perfil lipídico, a pesquisa da sensibilidade profunda dos pés deve ser realizada com mofilamento, e um exame completo dos pulsos periféricos deve ser realizado em cada consulta do paciente.

3.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA *VERSUS* DIABETES MELLITUS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre suas complicações mais frequentes decorrentes encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais (FLACK *et al.*, 2002).

Com frequência, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, família e sociedade.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2006), no Brasil, o DM junto com a HAS, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do DM e da HAS e de suas complicações.

Neste contexto, é imprescindível que os profissionais de saúde realizem ações educativas, nutricionais e de assistência que impulsionam minimização do DM e HAS, sobretudo no sentido de aumentar a equidade no acesso aos serviços de qualidade. Por sua vez, o MS implementa diversas estratégias de saúde pública, economicamente eficazes, para prevenir estas doenças crônicas e suas complicações, por meio do cuidado integral a estes agravos de forma resolutiva e com qualidade (BRASIL, 2006).

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada com a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Equipes estas responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além da manutenção da saúde desta comunidade.

Teve sua origem na América Central mais especificamente em Cuba. No Brasil, sua estratégia teve início em junho de 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e foi efetivamente implantado no ano de 1994, dentro de um contexto de decisão política institucional com a finalidade de reformular o Sistema Único de Saúde (SUS) e implementar a atenção básica nos municípios (BRASIL, 2006).

Em 1994 o Ministério da Saúde, MS lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como Política Nacional de Atenção Básica com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseados em profissionais médicos especialistas focais.

O governo emitiu a portaria 648, de 28 de março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do MS para organizar a Atenção Básica (AB) que tem como principal fundamento viabilizar o acesso contínuo e universal a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e vinculação do usuários (BRASIL, 2006; PASCHE; VASCONCELO,2006).

Segundo o MS, nesta mesma portaria, o financiamento da AB se dará em composição tripartite. O piso para o financiamento da Atenção Básica (PAB) é de competência do governo federal, sendo composto de uma fração fixa estimada através da população do município, e a fração variável é estipulada baseando-se no número de procedimentos realizados. Assim, “o somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco AB conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” (BRASIL, 2006, p.10).

Os recursos do Teto Financeiro do Bloco AB deverão ser utilizados para financiamento das ações de AB descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

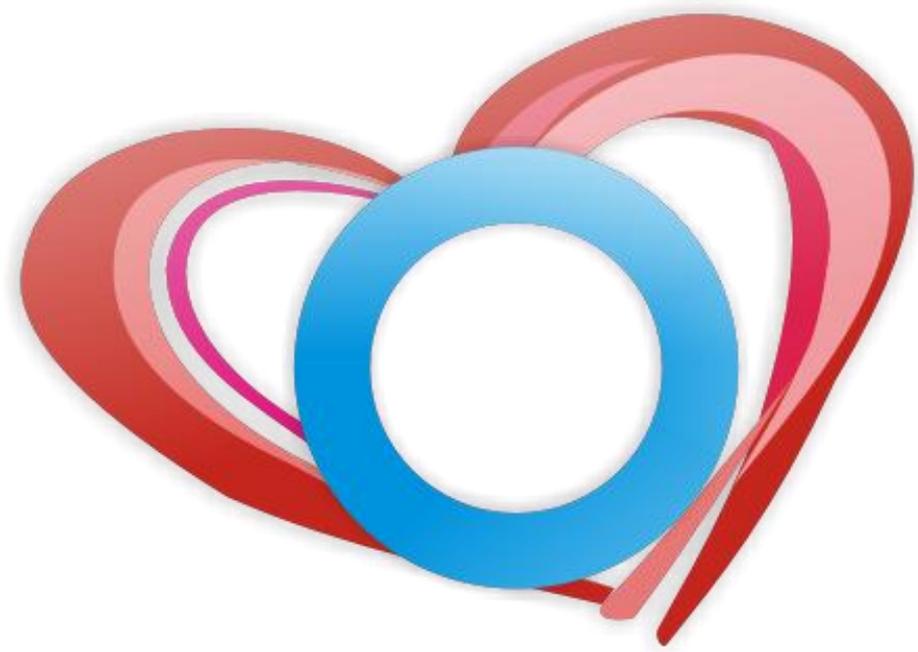
Os repasses fixos e variáveis do PAB são efetuados mensalmente através de conta aberta especificamente para essa finalidade, facilitando assim o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

A ESF realiza o acompanhamento dos usuários do Sistema de saúde e para o seu funcionamento faz uso de diversos programas tais como: SIAB (Sistema de Atenção Básica), Planejamento Familiar, SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), Saúde Bucal, SINASC (Sistema Nacional de Nascidos Vivos), Assistência Farmacêutica, Sisprenatal, Programa Bolsa Família e Hiperdia (Sistema de acompanhamento e cadastramento de Hipertensos e Diabéticos).

Destarte, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) é responsável pela captação no Plano Nacional de Reorganização da Atenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM), em todas as unidades ambulatoriais do SUS, já que gera informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e MS. O Sistema permite ainda o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo que, a médio prazo,

poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2009).

Dentre as políticas públicas para o controle das doenças HAS e DM, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento. A eficácia do processo educativo depende do conhecimento das atitudes dos indivíduos a respeito da doença da qual é portador. Muitas vezes, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos. Torna-se, então, necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento.

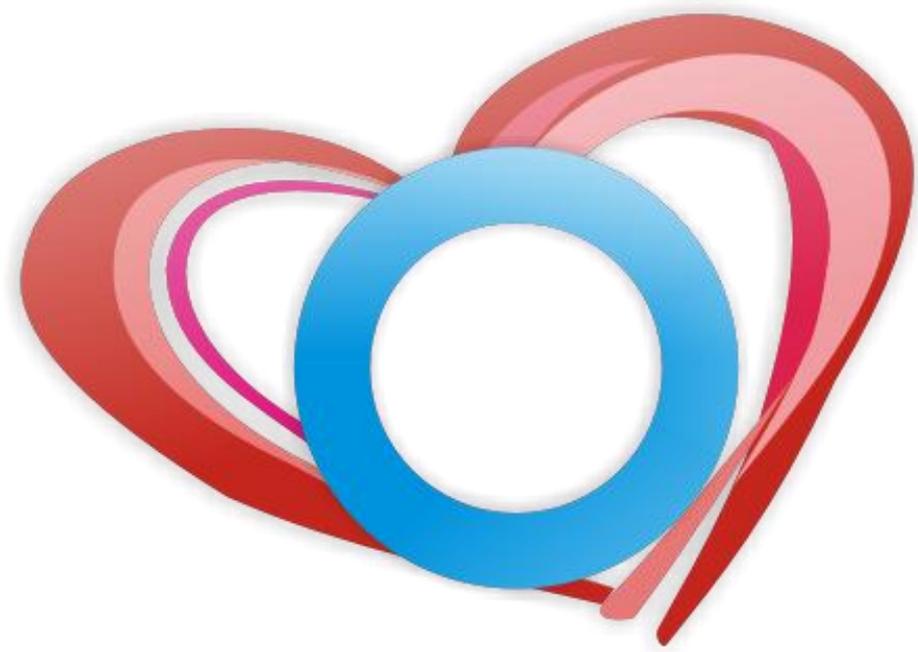


Para a classificação da pesquisa, toma-se como base os critérios apresentados por Vergara (2003), que qualifica uma pesquisa segundo critérios relacionados aos fins e aos meios. Quanto aos fins, esta pesquisa configurou-se descritiva e explicativa baseada no método de abordagem hipotético-dedutivo que foi realizada através do prontuário dos pacientes atendidos no HIPERDIA da cidade de Taperoá-PB. Quanto aos meios, foi bibliográfica e documental. Bibliográfica porque a fundamentação teórica da pesquisa ocorreu a partir de material disponível ao público em geral como: livros e artigos sobre hipertensão arterial e diabetes.

A pesquisa abrangeu uma investigação que corresponde uma revisão e síntese da literatura sobre a Hipertensão e o Diabetes, na tentativa de preencher lacunas que justifiquem o estudo, segundo Moura (1998, p. 30) a revisão de literatura é uma inquirição metódica no sentido de mapear as pesquisas neste campo, buscando permitir uma análise do que se tem denominado sobre determinado tema ou problema de pesquisa, manifestando lacunas que justifiquem o estudo que se anseia fazer.

Realizou-se também uma investigação nos prontuários arquivados na Secretaria Municipal de Taperoá-PB de pacientes inscritos no HIPERDIA.

Vale salientar que a orientação ética da pesquisa está regulada pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 196/96 do Conselho nacional de Saúde.



5 Resultados e Discussões

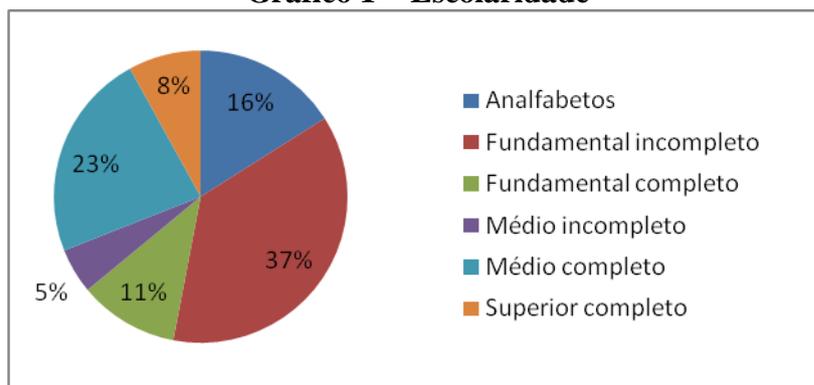
É do nosso conhecimento que a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) atingem hoje no Brasil grande parte da população. Considerando que ambos são os causadores de problemas de saúde na população, buscou-se realizar um estudo com a população atendida pelo programa de saúde da família no município de Taperoá, para verificar a incidência de HA e do DM nesta população.

A população inserida no estudo baseou-se em uma amostragem tipo aleatória simples analisando prontuários terminados em 2, além de respeitar os critérios de inclusão, tais como: pacientes que morem no município, que tenham idade maior de 18 anos e que realizem o acompanhamento junto ao Programa de Saúde da Família do Município. Logo o número da nossa amostra foi de 62 prontuários de pacientes atendidos nos PSFs do município de Taperoá/PB.

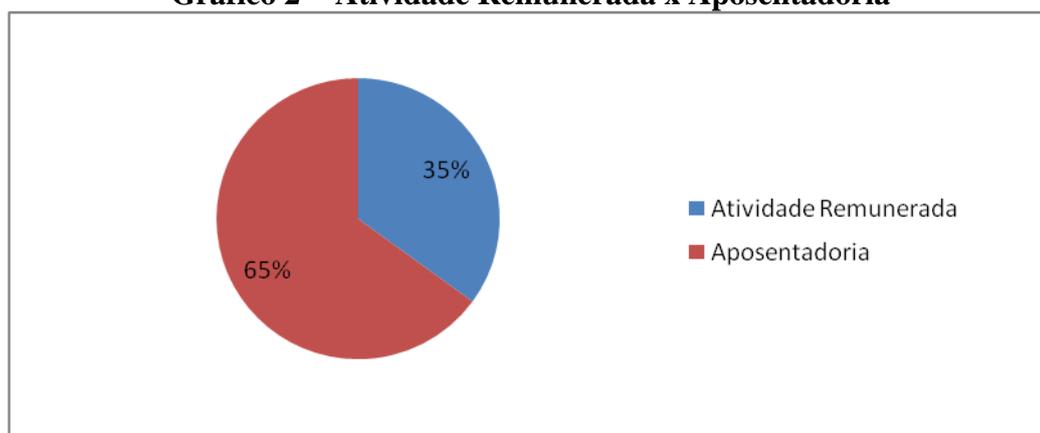
Conforme dados registrados nos prontuários, a média de idade é de 31 a 104 anos, sendo que 42 % apresentou faixa etária média posicionada próxima aos 60 anos de idade. Em relação ao sexo, 60% dessa população é formada por mulheres e 40% por homens.

Constatou-se que 16% são analfabetos, 37% possuem o ensino fundamental incompleto, 11% possuem ensino fundamental completo, 5% possuem ensino médio incompleto, 23% possuem ensino médio completo, 8% possuem superior completo, como podemos ver no gráfico 1. Observa-se na maioria das informações constadas nos prontuários, no tocante à escolaridade, os pacientes possuem baixa escolaridade, o que pode também ser um dos motivos para que eles estejam expostos a HA e o DM já que provavelmente não tiveram acesso ao conhecimento desta enfermidade.

Mesmo com a crescente expansão do ensino, ainda persiste a dificuldade ao acesso à escola no Brasil, que atinge os mais pobres independentemente de serem homens ou mulheres. Vários fatores provocam diferenças sociais e regionais, sendo evidente que tanto o analfabetismo como a taxa de escolaridade inferior ao Ensino Médio desenvolvem a exclusão e a desigualdade social no Brasil (OLIVEIRA, 2008).

Gráfico 1 - Escolaridade

De acordo com os dados apresentados nos gráficos 1 e 2, percebe-se que na existência de atividade remunerada (35%) coincide com a ausência de aposentadoria (35%), ou seja, quando o entrevistado possuía alguma atividade remunerada ele não era aposentado em contrapartida aquele que não tem atividade remunerada (65%) é aposentado (65%).

Gráfico 2 - Atividade Remunerada x Aposentadoria

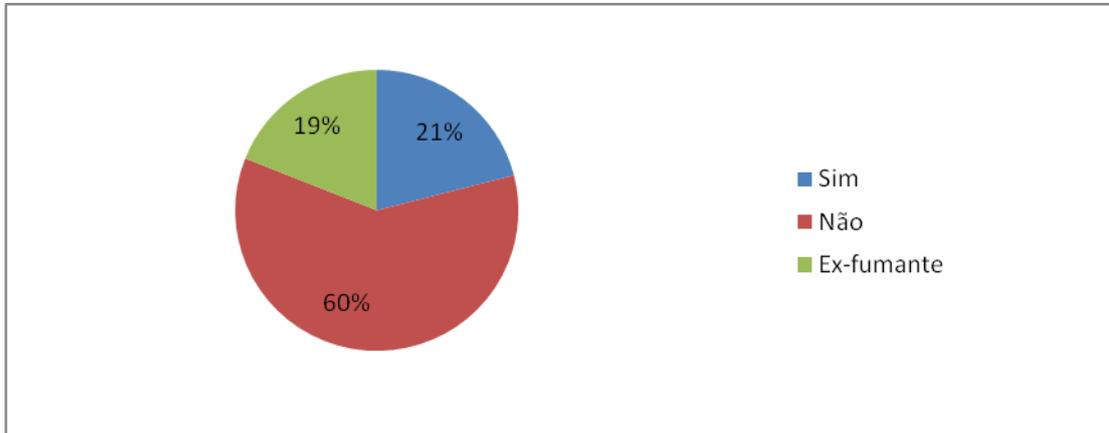
No que diz respeito ao estado civil dos dados coletados, o maior percentual encontrado foi em relação aos casados 58 %, seguido pelos solteiros com 28%, viúvos 13% e divorciados 1%. Além disso, com relação ao logradouro 55% moram na zona rural e 45% moram na zona urbana do município de Taperoá/PB.

Quanto ao convívio familiar observa-se que a grande maioria cerca de 63% moram com filhos, seguidos de apenas 23% que moram com amigos e parentes, 13% moram sozinhos e apenas 1% moram com netos.

O gráfico 3 ilustra os resultados referentes ao hábito de fumar e verifica-se que a maioria não fuma, apresentando um percentual de 79%, sendo que destes 60% nunca

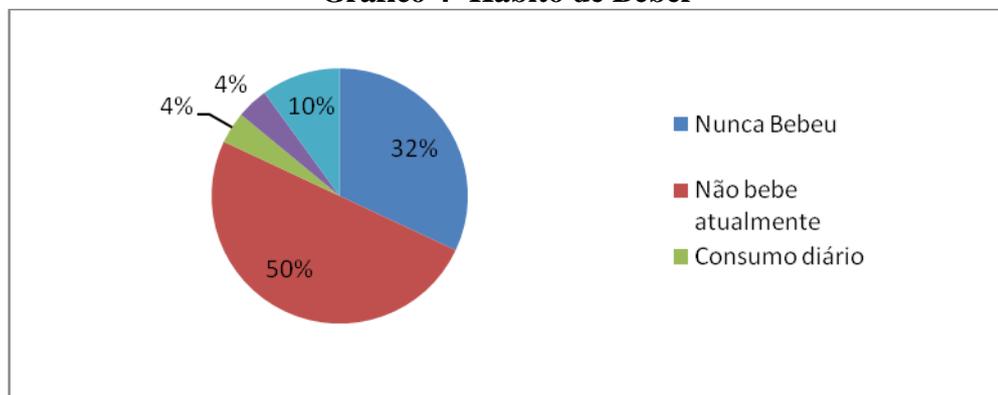
fumaram e 19% são ex- fumantes o que é um ponto positivo quando se pensa em qualidade de vida do individuo.

Gráfico 3 - Hábito de Fumar

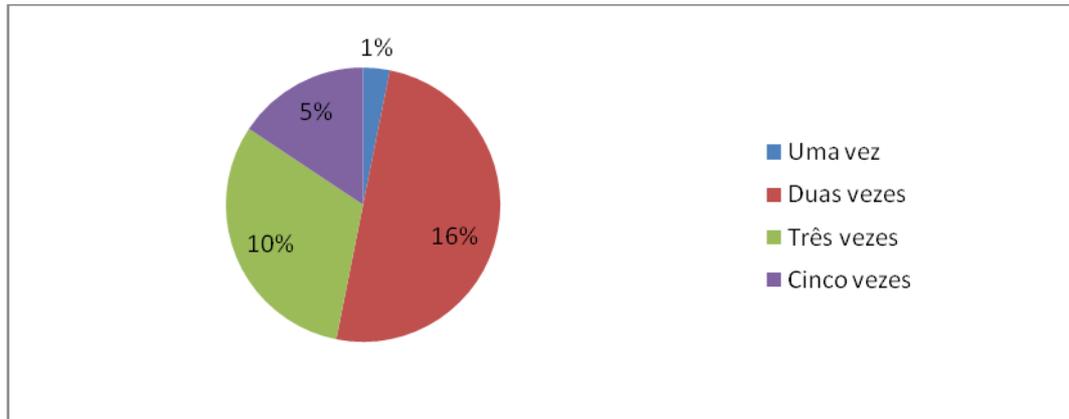


Referente ao hábito de beber observa-se que a maioria cerca 68% bebem ou já beberam, destes 50% não bebem atualmente, 10% têm o consumo mensal de bebida alcoólica, 4% consumo semanal e 4% consumo diário. Segundo dados coletados 32% nunca consumiram bebida alcoólica, como podemos ver no Gráfico 4.

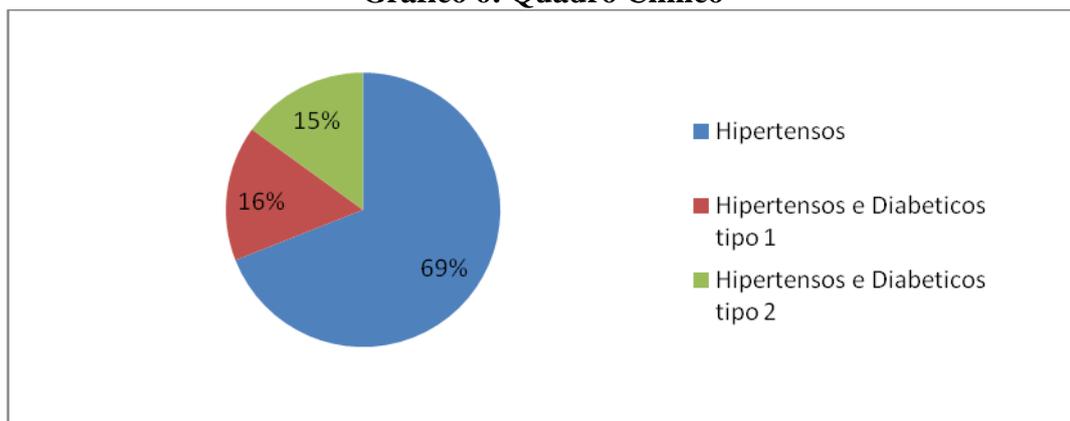
Gráfico 4- Hábito de Beber



Quanto a pratica de atividade física observou que 68% não praticam nenhuma atividade física e que 32% praticam algum tipo de atividade, as quais são realizadas de 01(uma) a 05 (cinco) vezes por semana. Destas, a maioria, 16% praticam atividade duas vezes por semana, 10% praticam atividade física três vezes por semana, 5% praticam atividade física cinco vezes por semana e 1% praticam atividades físicas apenas uma vez por semana.

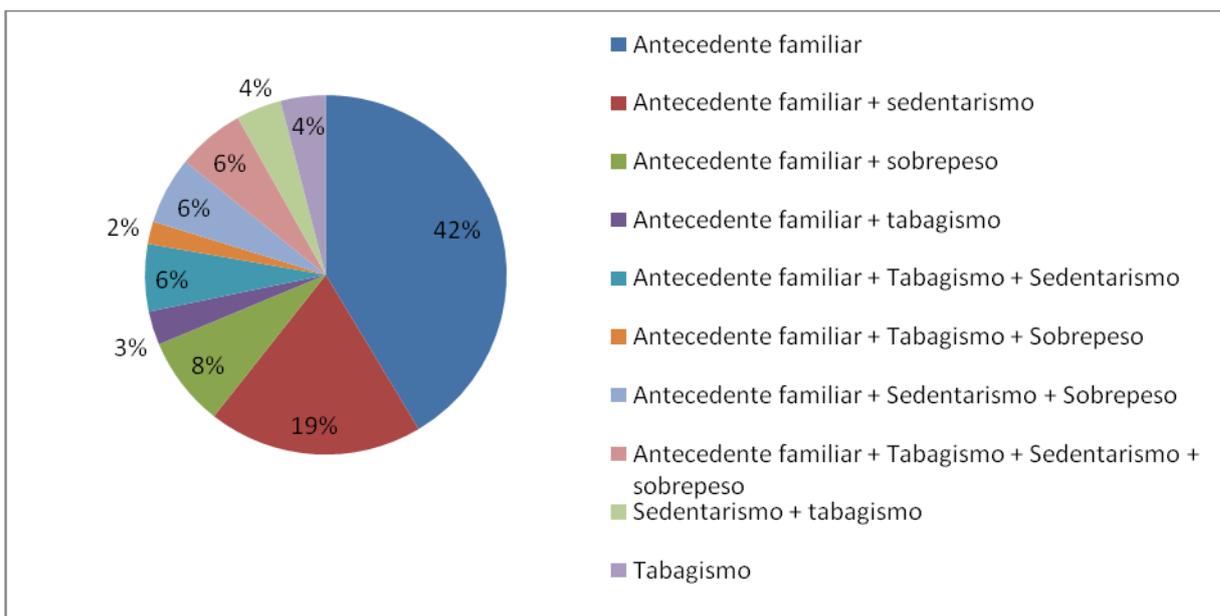
Gráfico 5- Pratica de Atividade Física Semanal

De acordo com dados coletados, com relação a formação do quadro clínico das doenças, foco desta pesquisa, é o seguinte: 69% hipertensos, 16% hipertensos com diabetes tipo 1 e 15% hipertensos com diabetes tipo 2.

Gráfico 6: Quadro Clínico

No que se refere aos fatores de risco, pode-se observar que 42% dos dados coletado possuíam antecedentes familiares cardiovasculares, o que pode ser atribuído como fator de risco determinante no desenvolvimento de doenças crônicas, 50% possuem o fator antecedente familiar cardiovascular relacionado com um outro fator de risco (19% sedentarismo, 8% sobrepeso, 3% tabagismo, 6% tabagismo e sedentarismo, 2% tabagismo e sobrepeso, 6 % sedentarismo e sobrepeso e 6% tabagismo, sedentarismo e sobrepeso). E apenas 8 % não possuem o fator de risco antecedente familiar, sendo que desses 4% só possuem o fator sedentarismo e os outros 4% tabagismo e sedentarismo.

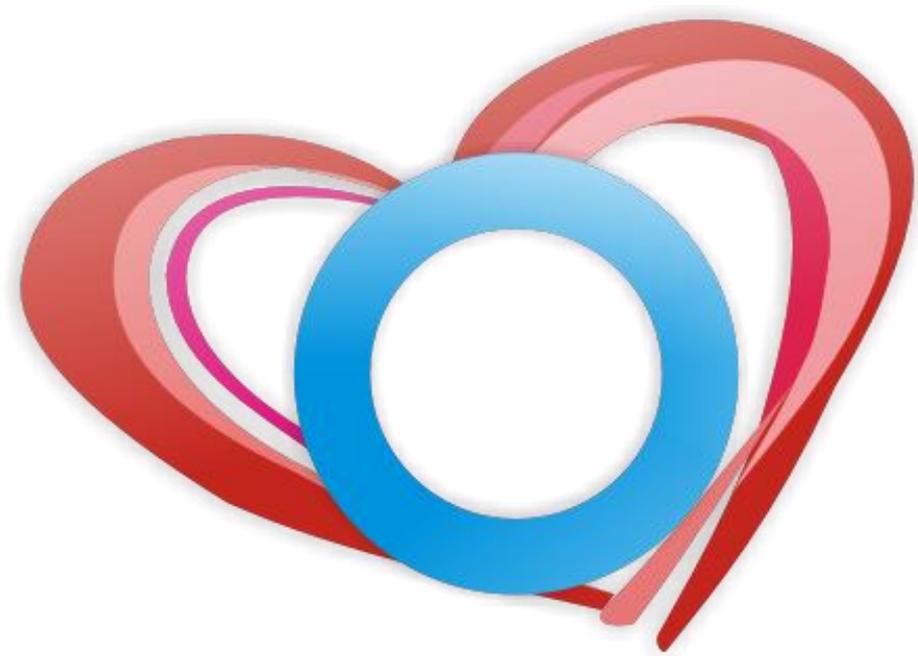
Gráfico 7- Fator de Risco



Quanto à presença de complicações, observa-se que 100% da amostra pesquisada possuem algum tipo de coronariopatia e ainda destes 3% possuem também pé diabético e outros 3% acidente vascular cerebral (AVC).

Destarte, em relação à variável de tratamento observa-se que 98% dos casos analisados adotam tratamento medicamentoso e apenas 2% tratamento não- medicamentoso da HAS e do DM.

Em relação ao tratamento medicamentoso, percebeu-se que 68% dos usuários do Programa Hipertensão fazem uso exclusivo da medicação gratuita, como Captopril de 25 mg que varia de 01 a 06 comprimidos ao dia e Propranolol de 40mg ou Hidroclorotiazida de 25mg, enquanto que, 32% fazem uso desta medicação, mas complementam o tratamento com outros tipos de medicamentos, entre eles: Sustrate, Aradois, Koros, Micardes, Tenoretic, dentre outros.



Esta pesquisa procurou apresentar a incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM) nos pacientes atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde. Conforme levantamento de dados realizados nos documentos e bibliografias, e após análise dos mesmos, observa-se que este objetivo foi atingido, como poderemos ver a seguir.

Levando-se em consideração que os dados do presente estudo foram observados que as características sócio-demográficas traçou um perfil dos pacientes onde observa-se em relação a incidência da HAS e DM que o sexo predominante foi o feminino, com uma idade média de 60 anos, casados, residente na Zona Rural do município e que dividem a casa com filhos e possuem baixa renda e baixo grau de escolaridade.

Quanto aos hábitos de vida, a maior prevalência do hábito de ingerir bebida alcoólica, em relação ao de fumar, o que podemos refletir a questão cultural que se construiu na sociedade brasileira, onde, por exemplo, o aumento do hábito de beber, entre as mulheres, só aconteceu após a década de 90, e em decorrência de diferentes movimentos culturais e sociais

A análise mostrou ainda que hábitos de vida e fatores de risco como: fumo, alcoolismo, falta de atividade física e antecedentes familiares são fatores determinantes no desenvolvimento da HAS e do DM, sendo o antecedente familiar o fator primordial para o aparecimento destas patologias crônicas nos prontuários analisados.

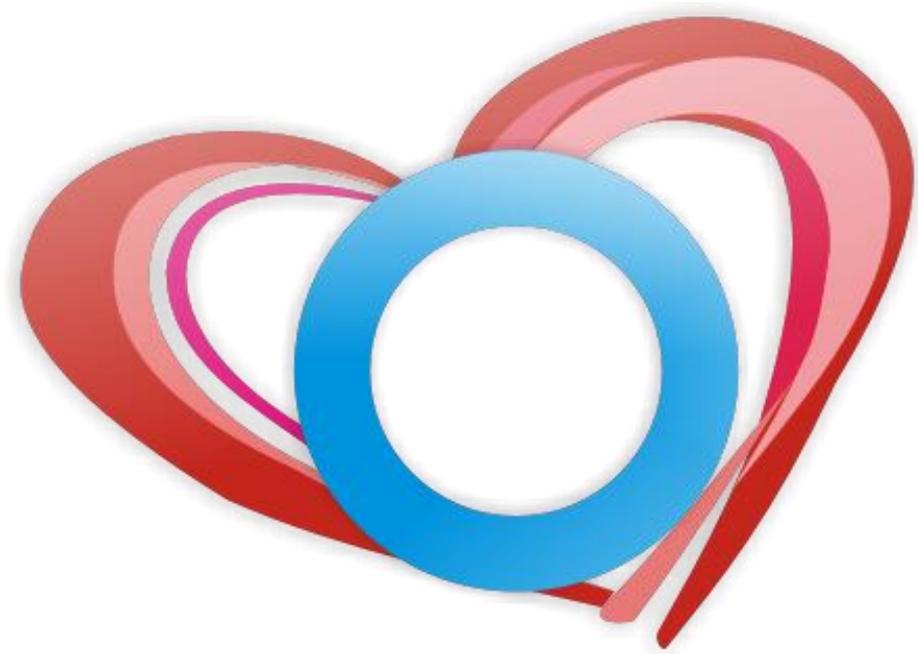
Em relação a incidência da HAS e do DM nos pacientes observa-se que constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. De acordo com FLACK (2002) as complicações cardiovasculares são frequentes em pacientes com HAS e DM. Logo na pesquisa pôde-se constatar esta afirmação deste autor, uma vez que todos os pacientes possuíam algum tipo de complicação coronariana, alguns possuem pé diabético e apresentaram-se vulneráveis a AVC. Com frequência, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, família e sociedade.

Vê-se que o tratamento predominante é o medicamentoso, fazendo uso de Captopril de 25 mg, Propranolol de 40mg, Hidroclorotiazida de 25mg, Sustrate, Aradois, Koros, Micardes e Tenoretic, já que a maioria dos dados coletados constata que os pacientes tinham ou já tiveram maus hábitos de vida o que torna inviável qualquer tentativa de uso de algum tipo de tratamento não medicamentoso. O hábito de vida inadequado pode ser reflexo da desigualdade social e da situação da saúde da população, ficando evidente que além da falta

de reconhecimento da HAS e DM o seu controle não apresenta níveis satisfatórios, representando um desafio a ser enfrentado pelo sistema de saúde.

Neste contexto, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam ações educativas como: palestras, orientação para uma melhor qualidade de vida, ações nutricionais e de assistência como: acompanhamento no tratamento medicamentoso, que impulsionem a minimização das HAS e DM, sobretudo no sentido de aumentar a equidade no acesso aos serviços de qualidade.

Considerando-se que a estruturação das políticas públicas de saúde deve estar fundamentada no diagnóstico de problemas específicos, espera-se que os resultados do presente estudo possam subsidiar programas de promoção, prevenção e atenção à saúde no Município de Taperoá. Por meio de esforços conjuntos, pode-se empenhar numa luta pela diminuição do impacto da desigualdade social e pelo direito de todos ao acesso a melhores condições de vida e saúde, de modo a se garantir uma melhor qualidade de vida. Destarte há necessidade de maior adequação dos profissionais e serviços de saúde para uma efetiva implementação de políticas públicas de atenção adequada.



Referências

ALBURQUERQUE, R. **Valores de glicemia para diagnostico do Diabetes. Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2007. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/>. Acesso em: 06 de mai. 2009.

AZEVEDO, P.M.V.; SANTOS, M.A.. **Coarctação da Aorta. Anomalia Congênita com Novas Perspectivas de Tratamento**, 2003. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/>. Acesso em: 06 de mai. 2009.

BRUNO, R.; GROSS, J.L. **Prognostic factors in Brazilian diabetic patients starting dialysis: a 3,6 year followup study. J Diabetes Complication** , v.14, n.5, Nova Iorque, 2000.

BRASIL. **Emedix. Artigos Médicos**. Disponível em: <http://www.emedix.com.br/> . Acesso em 26 de março de 2009.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 11 abr. de 2009.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Portaria n.º 235/GM Em 20 de fevereiro de 2001. **Diretrizes sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/>>. Acesso em: 11 abr. de 2009

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. **Relatórios**, 2005. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 21 de fev. 2009.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. **Caderno da Atenção Básica**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd16.pdf>. Acesso em: 21 de fev. 2009.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. **Hiperdia**. Sistema de Informação Hiperdia, 2009. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 de mar. 2009.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) Protocolo/ Ministério da Saúde**, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial – Brasília, 2001.

BLOCH, K. V., 1998. **Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (I. Lessa, org.)**, pp. 43-72, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.

CHOR D.; FONSECA, M.J.M.; ANDRADE, C.R. **Doenças cardiovasculares: comentários sobre a mortalidade precoce no Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.64, n.1, São Paulo, 1995.

CZEPIELEWSKI, M. A. **Diabetes Mellitus. ABC da Saúde, 2001**. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo>. Acesso em: 11 de jan. 2009.

DELIBERATO, Paulo Cezar Porto. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. São Paulo: Manole, 2002.

FLACK, J.M. et al. **Cardiovascular disease costs associated with uncontrolled hypertension. Manage Care Interface**, New York, v.15, n.11, 2002.

FREITAS, O.C. et al. **Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.77, n.1, 2001.

IBGE. **Censo Demográfico 2005 - Resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 02 mar. 2009.

LOLIO, C. A., et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, 1993.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2003.

MANO, Reinaldo. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Manuais de Cardiologia**. RJ, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has.htm>>. Acesso em: 11 de mai. 2009.

MANTON, K.G. **The global impact of noncommunicable diseases: estimates and projections. World Health Statistus Quarterly**, Genebra, v.41, n.3, 1998.

MAUCH, James E. BIRCH, Jack W. **Guide to the successful thesis and dissertation: a handbook for students and faculty**. 4. ed. New York: Marcel Dekker, 1998.

MION JR, D. et al. **Hipertensão Arterial: abordagem geral. Projeto Diretrizes AMB/CFM 2002**. Disponível em: <http://www.amb.org.br/>. Acesso em: 11 de mai. 2009.

_____. et al. **IV Diretriz Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Arq Bras Cardiol, 2004 – Scielo Brasil.

NEAL, B. et al. **Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and others blood-pressure lowering drugs: results of propectively designed overviews of randomized trials. Blood-Pressure Lowering Treatment Trialists Colaboration. Lancet**, v.356, n.9246, London, 2000.

OLIVEIRA, J. M. A incidência da Hipertensão Arterial nos trabalhadores da indústria atendidos no período de fevereiro a junho de 2007 na unidade de operacional do SESI – João Rique Ferreira: Um Estudo de caso. **Monografia**, Campina Grande: União de Ensino Superior de Campina Grande, 2008.

OLIVEIRA, M. Avaliação do paciente no ambiente pré-hospitalar.2006. Disponível em: <http://pm.sc.gov.br>. Acesso em: 11 de mai. 2009.

OMS – **Organização Mundial da Saúde. Hipertensão Arterial**. Genebra: OMS, 2004.

ORQUIZA, S. M. C., **Hipertensão Arterial: exames complementares**. Orientações Médicas, 2000. Disponível em: [www.orientacoesmedicas.com.br/ hipertensaoarterial.asp](http://www.orientacoesmedicas.com.br/hipertensaoarterial.asp). Acesso em: 26 de março de 2009.

PASCHE, M.F.; VASCONCELOS, C.M. O Sistema Único de Saúde. In: PASCHE, M.F., VASCONCELOS, C.M. **Tratado de Saúde Coletiva. Mucitec; Feocruz**. Rio de Janeiro, 2006, p.531-667.

PEDROSO, E.R.P; OLIVEIRA, R.G. **Blackbook – Clínica Médica**. Belo Horizonte: Editora, 2007.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes - **Consenso Brasileiro sobre Diabetes – 2002. Diagnóstico e classificação do diabetes melitus e tratamento do diabetes melito do tipo 2**. Disponível em: educacao/docs/consenso_atual_2002. Acesso em: 13 de abr. 2009.

SANTOS, M. L.; PYHN, E. G. **Idade biológica: comportamento humano e renovação celular**. 2 Ed. São Paulo: SENAC, 2003.

SIQUEIRA, F; RODRIGUES, L. F. P.; FRUTUOSO, M. F. P. **Índice glicêmico como ferramenta de auxílio à prescrição de dietas, 2007**. Disponível em: <http://www.sbnpe.com.br/revista/V22-N1-68.pdf>>. Acesso em: 13 mar de 2009.

SCHELLINI, S. A. et al. **Diabetes, retinopatia diabética e cegueira**. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v.67, n.2, Rio de Janeiro 1994.

SILVESTRE, J.A. **Hospitalizações SUS. Coordenadoria de Atenção a Saúde do Idoso**. Ministério da Saúde. Brasília, 1997.

SPICHLER, E.R.S. et al. **Diabetic lower extremities amputation**. *Diabetologia.*, v.41, n.A279. Rio de Janeiro, 1998.

TELLES, F. P. C.P., Mendes, M. M. R. **Insuficiência Cardíaca em idosos: estudo de caso**. *Nursing*, v.2, n.16, p. 21- 25, set.1999.

WHO – **World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organization, 2000.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

Andamento do projeto - CAAE - 0080.0.133.000-09				
Título do Projeto de Pesquisa				
INCIDÊNCIA DA HIPERTENSÃO E DE DIABETES NOS PACIENTES ATENDIDOS PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	23/03/2009 11:23:17	23/04/2009 08:23:04		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	08/03/2009 18:23:08	Folha de Rosto	FR.246731	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	23/03/2009 11:23:17	Folha de Rosto	0080.0.133.000-09	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	23/04/2009 08:23:04	Folha de Rosto	0080.0.133.000-09	CEP