

**Predição epidemiológica dos usuários do programa HIPERDIA em relação às doenças cardiovasculares em um município Amazônica**

**Epidemiological prediction of HIPERDIA program in relation to cardiovascular disease, in an Amazonic city**

DOI:10.34119/bjhrv3n5-152

Recebimento dos originais: 08/08/2020

Aceitação para publicação: 24/09/2020

**Rosete Damião Nunes da Silva**

Enfermeira. Pós graduada em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade do Estado do Amazonas, Manaus- Amazonas, Brasil. Endereço: Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoerinha CEP: 69065-001

E-mail: rosete.nunes@hotmail.com

**Elielza Guerreiro Menezes**

Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus- Amazonas, Brasil. Endereço: Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoerinha CEP: 69065-001

E-mail: egmenezes@uea.edu.br

**Huxlan Beckmam de Lima**

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus- Amazonas, Brasil. Endereço: Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoerinha CEP: 69065-001

E-mail: hbdl.enf16@uea.edu.br

**Sonia Rejane de Senna Frantz**

Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus- Amazonas, Brasil. Endereço: Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoerinha CEP: 69065-001

E-mail: soniafrantz@hotmail.com

**Maria Luiza Carvalho de Oliveira**

Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus- Amazonas, Brasil. Endereço: Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoerinha CEP: 69065-001

E-mail: xmarialuizacarvalho@gmail.com

**Adriany da Rocha Pimentão**

Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus- Amazonas, Brasil. Endereço: Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoerinha CEP: 69065-001

E-mail: apimentao@uea.edu.br

**Andreza Cardoso Ramires**

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus- Amazonas, Brasil. Endereço: Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoerinha CEP: 69065-001

E-mail: acr.enf17@uea.edu.br

**Taycelli Luiza de Oliveira Dias**

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus- Amazonas, Brasil. Endereço: Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoerinha CEP: 69065-001

E-mail: tldod.enf@uea.edu.br

**RESUMO**

**Objetivo:** Analisar a predição epidemiológica dos usuários do Programa Hiperdia em relação às doenças cardiovasculares; **Métodos:** Trata-se de estudo exploratório-descritivo retrógrado com abordagem quantitativa, realizada com base nas informações colhidas em prontuários, fichas de cadastros dos usuários inseridos no Programa Hiperdia. **Resultados:** Foram analisados 84 prontuários dos usuários do Hiperdia, sendo 60% do sexo feminino e 40% sexo masculino, a faixa etária de 51 anos (85%) foi a mais predominante entre homens e (31%) em mulheres de 51 a 60 anos. A população rural sobressai com 75% dos casos, aposentados e atividades do lar. A Hipertensão Arterial Sistêmica de maior predominância em 71% dos casos seguida da Diabetes com 21%, com baixo risco cardiovascular, na assistência falhas nos registros. **Conclusão:** Foram observados que os usuários do Hiperdia não realizam com frequência acompanhamento médico com consultas periódicas e sim quando ocorrem as complicações.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Fatores de riscos; Hipertensão Arterial

**ABSTRAT**

**Objective:** To analyze the epidemiological prediction of Hiperdia program users in relation to cardiovascular disease; **Methods:** This is a retrograde exploratory-descriptive study with a quantitative approach, performed based on information collected from medical records, records of entries, of the users registered in Hiperdia Program. **Results:** 84 records of Hiperdia users were analyzed, 60% of them were female and 40% were male, age 51 (85%) was the most prevalent among men and (31%) in women from 51 to 60 years old. The rural population stands at 75% of cases, pensioners and home activities. Higher prevalence the Hypertension in 71% of the cases of hypertension followed 21% cases of diabetes, with low cardiovascular risk, failures assistance in the records. **Conclusion:** We observed that Hiperdia users do not frequently have monitoring with periodic medical appointments, but only when they have complications.

**Keywords:** Nursing; Risk factors; Arterial hypertension

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem se mostrado como um dos agravos crônicos na saúde pública, sendo os mais comuns com repercussões graves. Define-se por uma doença crônica, oriunda de natureza multifatorial, na maioria dos casos, mostra-se assintomática, comprometendo a homeostase do organismo<sup>(1)</sup>.

O Brasil apresenta uma prevalência na população adulta atingindo cerca de 30% dos casos. Dentre a população, a mais exposta com este agravo estão os idosos com mais de 50% de prevalência. A participação ativa dos usuários torna-se uma solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações<sup>(2,3)</sup>.

O diagnóstico precoce e o tratamento imediato contribuem para reduzir a incidência de doenças cardiovasculares, como a HAS, fator agravante importante para morbidades secundárias. Entre elas estão o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, retinopatias e nefropatias<sup>(4)</sup>.

Brasil refere HAS como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, de forma sustentada e desconsiderando o uso de medicação. Mediante esse valor, podemos considerar o risco de complicações longínquo<sup>(2-4)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde, define, por sua vez, o Diabetes Mellitus (DM) pertencente a um grupo de doenças metabólicas, caracterizada por hiperglicemia associada com outras complicações, resultante de deficiência de insulina, caracterizado por processos inflamatórios<sup>(5)</sup>. A prevalência do diabetes cresce mundialmente, o que, em parte, se configura como resultado do processo do envelhecimento humano. Ademais, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global do diabetes<sup>(6)</sup>.

A HAS e DM<sup>(4)</sup>, são responsáveis pela primeira causa de morbimortalidade e de internações, apresentando 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renais crônicas submetidos à diálise. Estas são doenças crônicas, inicialmente, assintomáticas, não transmissíveis, prevalentes com alto custo social e com alta incidência de morte na população.

O envelhecimento populacional, as mudanças socioeconômicas e culturais, maus hábitos alimentares, incluindo o sedentarismo, o aumento de peso, contribuem para o aumento da incidência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Estas doenças ocupam um nível de destaque para os problemas de saúde pública, uma vez que necessitam de tratamento e acompanhamento contínuo, haja vista seu cunho crônico e expectativa para cura são mínimas<sup>(1)</sup>.

No ano de 2002, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, materializado no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA), que demanda do sistema de cadastro que permite a monitorização e geração de informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamento.

Este programa é utilizado como ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários diagnosticado como portadores destas condições crônicas. Mediante este programa, um sistema informatizado, obtem-se informações, além de ampliar ações de prevenção, tratamento e controle dessas doenças<sup>(7)</sup>. Consiste em um recurso para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários hipertensos ou diabéticos, as informações são geradas, possibilitando o conhecimento da situação de saúde desses usuários, estabelecendo metas e condutas, ampliando as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento<sup>(8)</sup>.

Criado pelo Ministério da Saúde, para contribuir junto à Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família envolve ações no nível primário de cuidado, direcionado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, no tratamento e na reabilitação<sup>(1)</sup> do indivíduo e da coletividade, dentro do limite gerado pelas redes de atenção à saúde.

Frente a essa realidade, nota-se que a HAS e o DM, constituem problema de saúde pública afetando profundamente a qualidade de vida da população atingida. Partindo do pressuposto que essas condições crônicas têm sido uma constante preocupação para a sociedade, família e gestores públicos, sendo as mesmas situações consideradas como problemas prioritários em Saúde Pública, leva-se a pensar, em que condições de saúde encontrariam esses usuários? Quais riscos estão expostos que influenciam para sua qualidade de vida?

Ante ao exposto, surgiu o interesse em realizar um estudo voltado para desvelar o perfil desses usuários oriundos da região, haja vista que, dados publicados acerca das condições dessa população estão escassos. Portanto, o presente estudo propôs buscar resposta para o seguinte questionamento, que norteou o processo da pesquisa: Qual a predição epidemiológica dos usuários do Programa Hiperdia, em relação às doenças cardiovasculares no Município de Beruri-Amazonas?

Por sua vez, constitui-se em objetivo do estudo analisar a predição epidemiológica dos usuários do Programa Hiperdia, em relação às doenças cardiovasculares no Município de Beruri-Amazonas.

## 2 MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório-descritivo retrospectivo com abordagem quantitativa, realizada com base nas informações colhidas em prontuários dos usuários cadastrados no Programa HIPERDIA. A busca ocorreu em três Unidades Básicas de Saúde, localizadas na sede do Município com duas equipes de zona urbana, e uma equipe na zona rural. Essas unidades de saúde prestam atendimento ambulatorial, com equipe multiprofissional integrada por profissionais médicos, enfermeiros, nutricionista e agentes comunitários da saúde.

Os Agentes Comunitários de Saúde, integrantes das equipes, realizam mensalmente a entrega das fichas de acompanhamento dos usuários cadastrados no HIPERDIA, no setor responsável pelo Programa, onde são liberadas as medicações. Com base nas informações da Secretaria Municipal de Saúde do município de Beruri-Amazonas, a população alvo da pesquisa, abrange 162 usuários com hipertensão e 85 com Diabetes, totalizando 247 usuários previamente cadastrados. Desse total, foram coletados dados de 84 prontuários no período de Julho a Dezembro de 2015. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão da amostra, foram selecionados os prontuários contendo 80% das informações para pesquisa, dos usuários devidamente diagnosticado e cadastrado no Programa do HIPERDIA.

A coleta dos dados foi realizada mediante o preenchimento de um formulário estruturado, contendo informações baseado a partir da ficha do cadastramento do HIPERDIA. Composto por duas partes, elaborado pela própria pesquisadora para esta pesquisa. A primeira contendo perfil social e a segunda com dados clínicos.

Constituída por variáveis como: sexo, idade, situação conjugal, zona de residência, ocupação/profissão e escolaridade. Dados clínicos contemplaram dados como: pressão arterial sistólica e diastólica, peso, cintura, altura, exames laboratoriais de HDL, colesterol total, fatores de risco e doenças concomitantes, glicemia, complicações, assistência e tratamento.

Constituem critérios de exclusão: prontuários que não constavam exames laboratoriais, clínicos e antropométrico anexados ou transcritos para os mesmos; prontuários ilegíveis ou com informações incompletas.

Para o escore, foram avaliados os fatores: idade, sexo, tabagismo, tratamento medicamentoso da pressão arterial, níveis de colesterol HDL e colesterol total. O escore considerase de baixo risco resultados inferiores a 10%, risco médio entre 10 a 20%, e alto risco acima de 20%<sup>(21)</sup>.

As variáveis selecionadas para este estudo foram pré-codificadas, armazenadas no programa Microsoft Excel, versão 3.2.2, Software Minitab. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Amazonas, sob CAAE: 43293615.7.0000.5016.

### 3 RESULTADOS

Foram analisados 84 prontuários, 60% dos casos do sexo feminino e 40% sendo do sexo masculino, com variação de idades, a concentração maior na faixa de 51 a 60 anos (31%) feminino e 51 anos (85%) masculino. O sexo feminino predomina nessa população, conforme apresenta a tabela 1.

Tabela 1- Distribuição da amostra de usuários por sexo e faixa etária

Idade	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
30-40	8	16%	2	6%	10	12%
41-50	13	26%	3	9%	16	19%
51-60	16	32%	10	29%	26	31%
61-70	5	10%	10	29%	15	18%
>70	8	16%	9	26%	17	20%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>

Em ambos os sexos a faixa etária mais afetada com a HAS está entre 50 e 60 anos como 32% para o sexo feminino e 29% para o sexo masculino. Não obstante, o sexo masculino apresenta 29% de prevalentes na faixa entre 61 e 70 anos.

A distribuição dos usuários de acordo com a situação conjugal, houve predominância em 43% dos analisados, na convivência com companheiros(a) e filhos(a). Verificou-se também, que a amostra é significativa em (80%) dos usuários que mantém união estável ou é casado.

A população rural é predominante entre os usuários do Programa Hiperdia, contabilizando 75% dos pacientes, caracterizando a zona de residência dos mesmos.

Caracterizando a amostra de acordo com a profissão/ocupação, mostra o agricultor com 64% dos casos. As demais ocupações encontradas com valores expressivos são aposentados, trabalhadores do lar e funcionário público. A taxa de analfabetismo entre a mostra é de 37%, uma vez que não detinham domínio da leitura e da escrita, seguida de quem concluiu somente a alfabetização com 29%, e ensino fundamental incompleto com 21% da amostra.

Os valores observados para a Hipertensão Arterial dos usuários foram, pressão arterial sistólica (PAS) cerca de 35% dos usuários apresentaram valores maiores ou iguais a 140mmHg, e

para a pressão arterial diastólica e 50% tiveram valores de 90mmHg, podendo indicar a hipertensão arterial conforme tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da amostra de usuários pela pressão arterial

PAS			PAD		
	n	%		n	%
<120	12	14%	<80	8	10%
120 a 129	23	27%	80 a 84	33	39%
130 a 139	21	25%	85 a 89	3	4%
140 a 159	20	24%	90 a 99	29	35%
>=160	8	10%	>=100	11	13%
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>

Dentre os fatores de risco concomitantes verificados entre os usuários diagnosticados com hipertensão arterial, cerca de 20% apresentaram ainda a diabetes tipo 1 e 2 e/ou tabagismo acompanhada de sobrepeso ou obesidade.

É importante salientar, a existência de complicações como Infarto Agudo do Miocárdio, doença renal e Acidente Vascular Cerebral em um terço da amostra. Para avaliação do risco cardiovascular destes usuários, utilizou-se o escore de Framingham. Os preditores utilizados foram idade, sexo, diabetes, tabagismo, pressão arterial sistólica, colesterol total e HDL.

O Escore de Framingham foi empregado para avaliar risco em 23 usuários, pois estes atendiam ao critério de elegibilidade. Destes, 13% apresentava baixo risco cardiovascular entre as mulheres, e 37% em homens com alto risco de desenvolver uma doença cardiovascular.

O escore de risco de Framingham estima a probabilidade de ocorrer Infarto Agudo do Miocárdio ou morte por doença coronariana no período de 10 anos em indivíduos sem diagnóstico prévio de aterosclerose clínica<sup>(15)</sup>, identificando assim, usuários de alto e baixo risco conforme Tabela 3.

Tabela 3- Risco de DAC em 10 anos para os usuários da amostra por sexo

Mulheres			Homens		
Risco	n	%	Risco	n	%
≤5%	6	43%	8%	1	11%
7%	1	7%	10%	2	22%
8%	1	7%	16%	3	33%
10%	3	21%	25%	1	11%
11%	2	14%	37%	2	22%
13%	1	7%	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>			

Com base nesses critérios, pode-se avaliar o risco de doença arterial coronariana, para ambos os sexos, sendo que em mulheres 6 (43%) apresentam 5% ou menos de risco, o risco mais alto foi de 13% para 1 (7%) do grupo feminino. Para os homens, 2 (22%) dos usuários analisados encontravam-se com 37% de risco, e 01 (11%) com menos de 10% de risco.

A idade acima de 60 anos já se constitui um fator de risco para o desenvolvimento de complicações relativas à HA, o que torna os idosos pertencentes aos grupos de risco médio ou alto na estratificação do risco cardiovascular<sup>(14,16)</sup>.

Tabela 4 - Distribuição dos usuários da amostra por complicações

Complicações	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Infarto Agudo do Miocárdio	1	1%	83	99%	84	100%
Outras coronariopatias	0	0%	84	100%	84	100%
Acidente Vascular Cerebral	5	6%	79	94%	84	100%
Pé diabético	0	0%	84	100%	84	100%
Amputação por diabetes	0	0%	84	100%	84	100%
Doença renal	1	1%	83	99%	84	100%

Características semelhantes foram encontradas em um estudo com pacientes hipertensos com história familiar de infarto, o risco cardiovascular para essa população foi considerado baixo em 11 casos (22%), sendo estimado como alto em 11 (22%) com hipertensão arterial com idade entre 20 a 79 anos<sup>(17)</sup>.

Considerando os fatores de risco pelo Escore de Framingham, a idade de 41 a 60 anos está presente em 50% da amostra, em seguida o descontrole da pressão arterial diastólica, o colesterol HDL superior aos limites considerados aceitáveis, o colesterol total apresentou-se normal e o tabagismo com pouco frequente em 13%.

#### 4 DISCUSSÃO

Mediante análise dos dados adquiridos através dos prontuários e fichas de cadastros no Programa HIPERDIA, participaram deste estudo 84 usuários. Existem outros usuários cadastrados no programa, porém, as fichas foram preenchidas por diferentes profissionais, o que gerou dificuldade de interpretação devido a problemas no preenchimento, tais como dados ilegíveis e informações incompletas.

A análise do perfil dos usuários cadastrados no Hiperdia mostra prevalência de hipertensos, seguidos pelos diabéticos tipo 1 e 2. Observa-se predomínio marcante em mulheres,

correspondendo cerca de 60% dos usuários analisados, o que vai ao encontro com estudos que buscam a prevalência da HAS em outras populações<sup>(9)</sup>. Resta esclarecer se a prevalência da HAS é maior no sexo feminino, ou a quantidade de procura pelos serviços de saúde supera o sexo masculino, visto que neste estudo houve uma procura maior pelo serviço de saúde por parte feminina.

Observa-se superioridade em dados publicados no site do DATASUS, em relação a todas as regiões do país, como em outras pesquisas referindo à HAS e outras doenças crônicas<sup>(8)</sup>.

Em consonância com Silva e Monakali, notou-se significativa na procura pelo serviço de saúde quando comparado ao grupo masculino e tratamentos pelos serviços de saúde e maior eficácia na adesão ao tratamento em relação aos homens<sup>(8-10)</sup>. Todavia, os mesmos autores demonstram que ainda que haja menor procura por parte do sexo masculino, estes possuem taxa mais elevada de diagnóstico para DCNT<sup>(20)</sup>, sobretudo para HAS e DM, as mais prevalentes.

Corroborando com Zaitune et al<sup>(12)</sup>, que as mulheres tem percepção das doenças mais do que os homens, apresentando mais vocação no autocuidado, levando ao diagnóstico precoce, prevenindo assim agravos.

Em relação à faixa etária dos usuários cadastrados no HIPERDIA, sobressai a terceira idade, a amostra caracterizada por 43% pessoas que convivem com companheiros e filhos apesar da média de idade avançada, seguidos de 13% que convivem com familiares. O que corrobora com a ideia de que a Hipertensão Arterial é mais comum em pessoas neste ciclo de vida para o aumento da pressão arterial e da diabetes<sup>(13)</sup>.

Uma parcela significativa dessa população encontrava-se em situações econômica voltada para subsistência. Assim, quanto à profissão, 64% o predomínio foi para a agricultura, visto que essa atividade serve de subsistência, para o sustento das famílias ribeirinhas. No estudo conduzido por Rosa et al<sup>(14)</sup> com 964 idosos, obteve-se um resultado semelhante ao presente estudo segundo a profissão, onde os trabalhadores que mais apresentaram HAS, foram as pessoas que trabalham na agricultura e atividades do lar bem como os aposentados, quando se comparados com as outras profissões. Podemos ressaltar que essa prevalência ocorre devido ao estresse<sup>(10)</sup> gerado no trabalho e também aos agentes físicos e químicos presentes ambiente laboral.

Cerca de 37% dos usuários não sabiam ler ou escrever, dificultando o processo de compreensão da situação do próprio processo saúde-doença e os cuidados prescritos. Na busca pela literatura notou-se que quanto a taxa de prevalência de pessoas portadores de DCNT é inversamente proporcional à taxa de alfabetização, configurando adversidade no acesso à informação. Logo, por apresentar dificuldades para leitura, escrita, a interpretação e a busca de

informação para condição patológica que possui, tal como tratamento adequado ficam prejudicados<sup>(10,11,16)</sup>.

Em estudos similares realizado no município de Teixeira, MG em 2005<sup>(15)</sup>, foram encontrados dados relevantes em relação à população estudada quanto à baixa escolaridade, sendo que 40,9% dos usuários eram analfabetos, 14,0% apenas liam e escreviam e 34,5% tinham o ensino fundamental incompleto. Nessa realidade o profissional deve buscar estratégias que garantem a manutenção da qualidade de vida junto ao cliente, bem como promovam a prevenção primária, secundária e terciária<sup>(16)</sup>.

Em relação à avaliação da pressão arterial, os dados exibem que (35%) dos usuários apresentaram valores elevados ou iguais a 140 mmHg, enquanto que (50%), tiveram valores acima de 90 mmHg. Valores esses que podem levar a alguma alteração, conforme resultado da pesquisa, a maioria não apresentava níveis pressóricos de PAS controladas. Para Elliot<sup>(13)</sup>, esse aumento vem através do avanço da idade e correlaciona com os idosos, visto que se trata de doenças crônicas, além disso, deve-se considerar o envelhecimento populacional brasileiro<sup>(14)</sup>.

As morbidades mais frequentemente observadas foram o diabetes mellitus (17%), posterior a este o tabagismo (17%) e a obesidade (13%), que adicionado à hipertensão arterial e dislipidemia, constitui os principais fatores de risco para aterosclerose e suas complicações cardiovasculares fatais e não fatais<sup>(15,16)</sup>, que são responsáveis por grande índice de mortalidade na população e por fazer de maneira escasso os serviços de saúde.

Dados do Ministério da Saúde<sup>(17)</sup> mostram que a hipertensão arterial atinge 24,3% da população adulta, através das estratégias em saúde, o controle dessa doença tem diminuído o número de complicações. Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas cresceram em 22,5% quando comparado com dados de 2006.

No ano de 2010, o Sistema Único de Saúde registrou 154.919 internações decorrentes de complicações da Hipertensão Arterial, em 2011 o número ficou em 136.633 e alterou-se em 2012 para 115.748. Mediante este resultado, o Ministério da Saúde registrou a menor taxa de internações para 100 mil habitantes nos últimos 10 anos, passando de 95,04 % em 2002 para 59,67 em 2013<sup>(18)</sup>. Estes fatos contribuíram para os investimentos na Atenção Básica e acesso aos medicamentos gratuitos disponibilizados na Atenção Básica.

Complementando as informações sobre saúde dos usuários, buscou-se as informações sobre possíveis tratamentos aos quais eram submetidos. Observa-se (95%) fazem tratamento medicamentoso, e (1%) não medicamentoso. Dados semelhantes foram representados por

pacientes com maior adesão apresentaram menores níveis tensionais e maiores reduções da pressão arterial <sup>(19-22)</sup>.

Quando deparamos com usuários que apresentam complicações consequentes da hipertensão arterial e da diabetes, a assistência pela equipe de saúde deve ser feita de forma individualizada<sup>(23)</sup>. O profissional que conhece os membros da cobertura de sua área em que atua, especialmente no mapeamento e identificação do grupo de risco<sup>(24)</sup> é capaz de intervir com ações educativas e com orientações destinadas aos portadores e familiares a modificar os hábitos nocivos e auxiliar no controle dos níveis pressóricos.

Marinho et al<sup>(25)</sup> refere que a elevação da pressão arterial representa um fator de risco para doenças cardiovasculares com custos socioeconômicos elevados, principalmente, das suas complicações, como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades, pois os acometidos precisam de assistência com alta densidade tecnológica, onde cada recurso utilizado gera um custo conforme a tecnologia empregada.

A enfermagem possui importante papel na promoção da adesão do paciente ao tratamento<sup>(1,2)</sup>, o que é imprescindível ao controle da doença, almejando a redução da morbidade e mortalidade associada aos riscos cardiovasculares, investindo na qualidade de vida. No entanto, há ainda que se trabalhar com o não-comparecimento do usuário na consulta previamente agendada para acompanhamento da própria saúde, o que dificulta a manutenção do processo saúde-doença e, portanto, para promoção da qualidade de vida<sup>(20)</sup>.

O compromisso para com a escolha da terapêutica a ser empregada deve ser um acordo entre profissional e cliente. Casos de ausência durante o acompanhamento, bem como interesse mínimo por parte da equipe de saúde na realização da busca ativa e manutenção dos que cumprem o tratamento com eficácia acaba por impossibilitar a qualidade do serviço oferecido pela unidade de saúde à população adscrita, o que favorece o agravamento ou agudização da condição, levando às demais atenções de maior densidade tecnológico da rede de atenção à saúde<sup>(16)</sup>.

Tratando-se dos registros nos prontuários, verificou-se uma proporção elevada de falha nos registros, o que dificultou a análise dos dados. Mais de 77% dos prontuários da amostra, encontrava-se com registro de acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde. A assistência de enfermagem junto ao usuário portador de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial consistem em um conjunto de orientações para a saúde dessa população em que o registro das ações trabalhadas na terapêutica do usuário devem ser registradas no prontuário para fins legais, epidemiológicos, políticos e científicos.

A comunicação persuasiva e interpessoal por parte do profissional de saúde para com o usuário é de fundamental importância para a manutenção de adequado acompanhamento das condições de saúde. Tão importante quanto, é uso do prontuário para registro dos dados inerentes à saúde do usuário, pois, por se tratar de um documento legal e utilizado para geração de dados e informações, seu preenchimento correto reflete de forma fidedigna as condições de saúde da população nesta área da unidade.

Características semelhantes foram encontradas no estudo<sup>(19)</sup> em que o Agente Comunitário de Saúde ganha destaque ante as orientações oferecidas à população. Segundo o Ministério da Saúde<sup>(4)</sup>, os agentes comunitários da saúde (ACS) são o vínculo entre esses usuários dentro das comunidades com a equipe, contribuindo com as orientações cabíveis, enfatizando a importância e participação ativa na promoção, reabilitação e adesão ao programa.

Com base nos dados colhidos, detectou-se que os usuários do HIPERDIA não realizam com frequência acompanhamento em saúde com consultas periódicas, ou seja, mensalmente, e sim quando ocorre a agudização da condição cônica que detém. Estudo semelhante observou a periodicidade das consultas médicas e de enfermagem de usuários do HIPERDIA, prevaleceu de modo semestral (32%) seguida da anual (21%), isso também se aplicou quanto aos exames laboratoriais<sup>(7)</sup>.

Por sua vez, parte da população atendida precisam se deslocar por longos caminhos para chegar à unidade de saúde, uma vez que não residem na sede do município. Os ribeirinhos residem em casas às margens dos rios longe do centro urbano, o que pode vir a dificultar seu acesso aos cuidados e orientações para promoção e prevenção da saúde, sobretudo os que são portadores de DCNT, os quais precisam de suporte constante e frequentemente.

Em relação à assistência observaram-se características a cerca de metade dos prontuários (52%) não foram encontrados registros de agendamento de consulta; o registro de orientações de enfermagem para o controle das complicações foi observado certamente em (89%) dos casos; 93% dos prontuários constavam no registro de cadastro do HIPERDIA; e um terço da amostra apresentou resultados de exames laboratoriais anexados ou transcritos no prontuário.

## **5 CONCLUSÃO**

Dentre os planos de cuidados estabelecidos para pessoas convivendo com a Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações, a eficácia da terapêutica farmacológica, tal como a não-farmacológica foram observadas, bem como a assistência prestada pela equipe de profissionais. Destaca-se a importância do Programa HIPERDIA na adesão aos tratamentos, bem como, o papel

fundamental na redução dos possíveis agravos aos usuários acometidos pela Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Por se tratar de doenças crônicas com potencial agravante, a assistência oferecida processo de prevenção e promoção à saúde é fundamental, sobretudo para doenças cardiovasculares, tornando o usuário protagonista do cuida oferecido e não a condição em que se encontra, sendo necessária para o sucesso do tratamento e mudança nos hábitos de vida.

Parte dos usuários deixam de comparecer às consultas de saúde pondo em xeque o plano de cuidados estabelecido. O valor da equipe de saúde atuando nessa conjuntura apresenta desafios a serem superados. Ademais, por se localizar no meio amazônico, local com geografia própria, o rol de atividades e insumos do HIPERDIA devem ser desenvolvidos conforme a realidade da população que vive nessa região, tais ações são relevantes no sentido de minimizar as intercorrências e garantir a adesão ao tratamento.

O recurso mais viável para a adesão ao acompanhamento, seja mensal ou bimestral, encontra ferramentas disponíveis na educação em saúde e orientações individuais acessíveis, esclarecendo a população da importância da prevenção e do controle dessas doenças.

O registro feito pelos profissionais no prontuário dos pacientes, conforme as atividades, ações e orientações empregadas são de suma importância para que haja clareza e continuidade do acompanhamento em saúde, bem como orientar políticas públicas voltadas aquela realidade e fornecer dados fidedignos para mais estudos.

Adotar medidas para redução dos fatores de risco e também conscientizar os usuários sobre as doenças e hábitos de vida saudáveis, a fim de melhorar a qualidade devida desses indivíduos, reduzindo complicações futuras decorrentes de doenças.

Espera-se ainda, com base nas evidências do estudo, subsidiar meios para educação em saúde, visando estender os conhecimentos sobre as DCNT e a importância do acompanhamento nas consultas a toda população.

Não obstante, o perfil epidemiológico traçado neste estudo contribuiu para conhecimento e possibilidade de tomada de decisão ante aos desafios encontrados nesse espaço.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil, Ministério da Saúde (BR). Diabetes Mellitus: Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes. Brasília (DF); 2002.
2. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Ministério da Saúde. 2013. 130 p. Available at: [www.saude.gov.br/doencascronicas](http://www.saude.gov.br/doencascronicas)
3. Gomes TJO, Silva MVR, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17( 3):132-139.
4. Brasil, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.
5. Brasil, Ministério da Saúde (BR). 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 b.
6. Schmidt MI, Ducan BB, Hoffmann JF, Moura L, Matta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseado em inquérito de morbidade auto referida. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(2): 74-82.
7. Carvalho Filha FSSC, Nogueira LT, Viana NLMM. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde Da Família. *Rev Rene*, 2011; 12(n. esp.):930-6.
8. Ministério da Saúde (BR) Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. SIS Hiperdia (Internet). Brasília. 2013. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br> .
9. Marques da Silva P, Lima MJ, Neves PM, Espiga de Macedo M. Prevalence of cardiovascular risk factors and other comorbidities in patients with hypertension in Portuguese primary health care populations: The PRECISE study. *Rev Port Cardiol [Internet]*. 2019;38(6):427–37. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.09.011>
10. Monakali S, Ter Goon D, Seekoe E, Owolabi EO. Prevalence, awareness, control and determinants of hypertension among primary health care professional nurses in Eastern Cape, South Africa. *African J Prim Heal care Fam Med*. 2018;10(1):1–5.
11. Noblat, ACB, Lopes MB, Lopes GB, Lopes AA. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. *Arq. Bras. Cardiol*. São Paulo. 2004; 83( 4),
12. Zaitune MPA, Barros MBAB, César CLG, Carandina L, Goldbaum M.. Hipertensão Arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006: 22,(supl II)

13. Elliot WJ, Black HR. Treatment of hypertension in the elderly. *Am J Geriatr Cardiol.* 2002; 11(1):11-21.
14. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública.* 2003;1(37):40-8.
15. Cotta RMM, Batista, KCS, Reis, RS, Souza, GA, Dias G, Castro, FAF et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009; 14(4): 1251-1260.
16. Vanelli CP, Costa MB, Colugnati FAB, Pinheiro HS, De Paula EA, Simão CCAL, et al. Dialogue between primary and secondary health care providers in a Brazilian hypertensive population. *Rev Assoc Med Bras.* 2018;64(9):799–805
17. Ministério da Saúde (BR) Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Portal Brasil. Brasília. Disponível: <http://brasil.gov.br/saude/2013/11/hipertensao>.
18. Dallacosta FM, Dallacosta H, Nunes AD. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. *Unoesc & Ciência – ACBS.* 2010;1(1):45-52.
19. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 101 (Suppl I): 1-22.
20. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(4):260-312.
21. Paula EA, Paula RB, Costa DMN, Colugnati FAB, Paiva EP. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. *Ver. Latino-Am. Enfermagem. (Periódico na Internet).* 2013; 21(3). Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S010411692013000300820&lng>.
22. Bortolotto LA, Praxedes JN. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. *Rev Bras Hipertens.* 2008;15(3):152-155; 21 (3): [periódicos na internet]. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>.
23. Bloch KV, Melo NA, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad. Saúde Pública, (periódico na internet).* 2008; 24(12): 2979-2984, Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>.
24. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS)* 2009 mar;30(1):62-70.
25. Marinho MG da S, Cesse EÂP, Bezerra AFB, Sousa IMC de, Fontbonne A, Carvalho EF de. Analysis of health care costs of patients with diabetes mellitus and hypertension in a public health reference unit in Recife--Brazil]. *Arq Bras Endocrinol Metabol [Internet].* 2011;55(6):406–11. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22011857>