

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**LAYSE MAGALHÃES NOGUEIRA  
SANDRELY SANTOS MORENO**

**PERFIL DE CLIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA ASSISTIDA  
POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO  
DO LAGO AÇU - MA**

São Luis – MA  
2009

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**LAYSE MAGALHÃES NOGUEIRA  
SANDRELY SANTOS MORENO**

**PERFIL DE CLIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA ASSISTIDA  
POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO  
DO LAGO AÇU - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialização em Saúde da Família.

Orientadora: Profª. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

São Luis – MA  
2009

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**LAYSE MAGALHÃES NOGUEIRA  
SANDRELY SANTOS MORENO**

**PERFIL DE CLIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA ASSISTIDA  
POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO  
DO LAGO AÇU - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialização em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm.

Aprovada em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)  
Mestra em Enfermagem Pediátrica.  
Universidade de São Paulo - USP

---

Prof<sup>a</sup>. Arina Silva Ribeiro (Examinadora)  
Mestra em Saúde Ambiental.  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

O que mais surpreende é o homem, pois perde a saúde para juntar dinheiro, depois perde o dinheiro para recuperar a saúde. Vive pensando ansiosamente no futuro, de tal forma que acaba por não viver nem o presente, nem o futuro. Vive como se nunca fosse morrer e morre como se nunca tivesse vivido.

Dalai Lama

A Deus e aos nossos pais, sem os quais  
não teríamos chegado até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus quantas somos pelas muitas bênçãos recebidas;

Aos nossos pais, pelo incentivo e dedicação oferecidos;

Aos nossos namorados Moisés e Enilton, pelo carinho e compreensão;

A professora Rosemary Ribeiro Lindholm pelo incentivo e competência.

## **RESUMO**

A presente pesquisa apresenta um análise do perfil epidemiológico e clínico dos clientes cadastrados no Hiperdia, de um Centro de Saúde, no município de Conceição do Lago Açu – Ma. Valorizando com isso o conhecimento que se tem do andamento no tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, com o acompanhamento Mensal dos pacientes cadastrados. Faz-se um histórico do desenvolvimento destas doenças nas ultimas décadas no mundo e no Brasil, sendo assim, um elemento importante no trabalho de prevenção e auxílio da Saúde da Família. Tem por objetivo chamar atenção dos profissionais da saúde para a importância do acompanhamento do cliente cadastrado no Hiperdia de maneira que assim possamos evitar internações e pioras em seu quadro clinico.

**PALAVRAS CHAVES:** Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus / Hiperdia.

## **ABSTRACT**

This research presents an analysis of epidemiological and clinical profile of clients enrolled in Hiperdia, a Health Center in the municipality of Conceição do Lago Acu - Ma Valuing with this knowledge that has been the progress in the treatment of hypertension and diabetes mellitus, with monthly monitoring of patients registered. It is a historical development of these diseases in recent decades in the world and in Brazil, therefore, an important element in the work of prevention and assistance of Family Health. It aims to draw attention of health professionals to the importance of monitoring the client registered with Hiperdia way so we can avoid hospitalizations and worsening in his clinical picture.

**KEY WORDS:** Hypertension, Diabetes Mellitus / Hiperdia.



## SUMÁRIO

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....              | 09 |
| 2. OBJETIVOS.....               | 11 |
| 2.1 Geral.....                  | 11 |
| 2.2 Específicos.....            | 11 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA .....  | 11 |
| 4. METODOLOGIA.....             | 24 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO ..... | 26 |
| 6. CONCLUSÃO.....               | 30 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....    | 31 |
| REFERÊNCIAS.....                | 32 |
| APÊNDICE.....                   | 36 |
| ANEXOS.....                     | 39 |

## 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).

A hipertensão arterial é considerada uma das mais importantes causas de morbimortalidade do mundo, sendo um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (ANDRADE JP. CARDIOL. 2002).

Segundo o Comitê Nacional em Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Pressão Arterial alta, indivíduos com PA sistólica (PAS) de 120 a 139mmHg ou PA diastólica (PAD) de 80 a 89mmHg devem ser identificados como pré-hipertensos e requerem modificações que promovam saúde no estilo de vida para prevenir a progressão para hipertensão e doença cardiovascular (CHOBANIAN et al., 2003).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2006), aproximadamente 20-30% dos brasileiros têm PA acima do nível recomendado e suas consequências são responsáveis por 40% das aposentadorias precoces. No Brasil, os estudos de prevalência de hipertensão arterial são poucos e não-representativos, mas mostram alta prevalência, variando de 22% a 44% (FREITAS, 2001).

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica de alta prevalência e elevada taxa de mortalidade no mundo, afetando populações de vários países, independentemente de seu estágio de desenvolvimento. Muitos países têm reconhecido o diabetes como um problema sério de saúde pública (MILAGRES, 2002). As percepções apontam que cerca de 8% da população brasileira tem o diagnóstico de diabetes, sendo que destas, poucas têm acesso ao tratamento ideal para o controle do Diabetes Mellitus, o que implica em poucas possibilidades de controle das complicações dessa doença, especialmente as crônicas (BRASIL, 2007).

O aumento da incidência de diabetes em termos mundiais tem sido relacionado às modificações do estilo de vida e do meio ambiente trazidas pela industrialização. Estas glicemia e pressão arterial dependem da adesão adequada do paciente ao tratamento e, de políticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

Nesta perspectiva, muitas ações estão sendo desenvolvidas no país. Uma delas é a disponibilização para estados e municípios de um sistema informatizado que permite o cadastramento de portadores, o seu acompanhamento, 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.

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

O Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores, Sistema HiperDia, é uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças.

As doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas são a primeira causa de morte no Brasil, segundo registros oficiais. Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, neste ano 255.585 pessoas morreram em conseqüência de doenças do aparelho circulatório.

Vinitor (1998) sugere quatro pontos sobre os quais poderia intervir e que traria a oportunidade de reduzir essas doenças: prevenção primária; rastreamento e diagnóstico precoce (prevenção secundária); garantia de acesso e utilização do serviço de saúde e qualidade do cuidado prestado. Segundo ele seguindo estes pontos chegaria a uma redução das doenças e complicações macro e microvasculares.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar o perfil epidemiológico e clínico dos clientes cadastrados no Hiperdia, de um Centro de Saúde, no município de Conceição do Lago Açu – MA.

### **2.2 Específicos**

- Identificar características demográficas e sócio-econômicas dos clientes cadastrados no Hiperdia;
- Verificar os hábitos de vida dos clientes cadastrados no Hiperdia;
- Conhecer as intercorrências associadas às doenças do grupo estudado.

## **3 REVISÃO DA LITERATURA**

### **3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL**

#### **Crise Hipertensiva**

Crise hipertensiva é a elevação, repentina, rápida, severa, inapropriada e sintomática da pressão arterial, em pessoa normotensa ou hipertensa. Os órgãos alvo da crise hipertensiva são: os olhos, rins, coração e cérebro (VON EYE, 2001).

A crise hipertensiva apresenta sinais e sintomas agudos de intensidade severa e grave com possibilidades de deterioração rápida dos órgãos alvo. Pode haver risco de vida potencial e imediato, pois os níveis tensionais estarão muito elevados, superiores a 110 mmHg de pressão arterial diastólica ou mínima (VON EYE, 2001).

A pressão arterial (PA) é igual ao volume de sangue (VS) que sai do coração vezes a resistência periférica que ele encontra ao circular pelo nosso organismo ( $PA = VS \times RP$ ).

O volume de sangue que sai do coração não sofre grandes influências, a não ser em casos especiais de falência do órgão ou excesso de volume sanguíneo circulante. Assim, a

maioria dos casos de hipertensão ocorre por alteração da resistência periférica (CASTRO, 2001).

O aumento repentino da resistência periférica ocorre pela falta de regulação neurodinâmica dos mecanismos que regulam a pressão arterial.

As situações patológicas que atuam sobre a resistência periférica podem ter inúmeras origens:

- \* neurológicas,
- \* vasculares,
- \* medicamentosas,
- \* drogas e secreção excessiva ou inapropriada de hormônios (BRENTANO, 2000).

A crise hipertensiva inicia repentinamente e a pessoa pode apresentar:

- \* sensação de mal-estar
- \* ansiedade e agitação
- \* cefaléia severa
- \* tontura
- \* borramento da visão
- \* dor no peito
- \* tosse e falta de ar (GOBBATO, 2001)

A crise é acompanhada de sinais e sintomas em outros órgãos.

- \* No rim, surge hematúria, proteinúria e edema.
- \* No sistema cardiovascular, falta de ar, dor no peito, angina, infarto, arritmias e edema agudo de pulmão.
- \* Na visão, borramento, hemorragias e edema de fundo de olho.
- \* No sistema nervoso, acidente vascular do tipo isquêmico ou hemorrágico, com convulsões, dificuldade da fala e da movimentação (BUSATO, 2001).

## **Diagnóstico**

O paciente normotenso ou hipertenso que apresente agudamente os sintomas descritos acima é interrogado e examinado pelo médico, que verifica os níveis tensionais e os encontra muito elevados, acima de 110 mmHg de pressão arterial mínima, com sinais e sintomas próprios da crise hipertensiva e sinais de deterioração rápida de vários órgãos.

Muitas vezes, os pacientes têm pseudocrises hipertensivas. Esses pacientes, apesar de níveis elevados de pressão arterial, não têm evidências de deterioração rápida dos órgãos alvo e nem risco de vida. Na revisão clínica, eles compõem um grupo de hipertensos que teve sua pressão arterial elevada por eventos extras, como crises dolorosas ou emocionais, pós-operatórios imediatos, pânico ou cefaléias severas. Quase sempre são hipertensos mal-tratados ou que abandonaram os medicamentos. Tais pacientes não devem ser confundidos com aqueles que têm uma verdadeira crise hipertensiva (TORELLI, 2001).

### **Urgências**

As principais urgências que podem redundar em crise hipertensiva são:

- \* hipertensão arterial associada a aneurisma dissecante da aorta
- \* encefalopatia hipertensiva
- \* acidente vascular cerebral de qualquer origem isquêmica ou hemorrágica
- \* nefrites agudas
- \* trauma operatório de cirurgia cardíaca, vascular, neurológica ou de tumores de supra-renal
- \* na gestação complicada pré-eclâmptica ou eclâmptica
- \* crise de rebote pela suspensão abrupta de certos medicamentos anti-hipertensivos de uso contínuo (clonidina)
- \* consumo excessivo de estimulantes, como anfetaminas, cocaína, medicamentos para resfriados que contenham vasoconstritores
- \* descongestionantes nasais
- \* uso excessivo de corticóides ou produção aumentada por tumores da supra-renal e excepcionalmente, em alguns casos, pelo uso de anticoncepcionais
- \* Feocromocetoma
- \* por alterações vasculares renais agudas em pacientes ateroscleróticos, com piora da hipertensão renovascular (BRENTANO, 2000).

### **Tratamento**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) acompanhada de grande e repentina elevação da pressão arterial requer que os pacientes sejam protegidos de lesão dos órgãos alvo: olhos, rins, coração e cérebro.

Os níveis de pressão arterial devem ser imediatamente diminuídos com medicações especiais orais e intravenosas, usadas pelos médicos sob controle rigoroso em unidades de tratamento intensivo.

A internação com sucesso evita danos severos e lesões irreversíveis que podem levar o paciente ao óbito, como infarto agudo, edema agudo de pulmão, encefalopatia hipertensiva e acidentes vasculares cerebrais isquêmicos ou hemorrágicos graves.

A intervenção deve ser de intensidade correspondente à gravidade da crise para evitar as complicações e também para impedir que a hipertensão se torne acelerada ou "maligna". Há alguns casos em que a pressão arterial elevada não é uma crise hipertensiva e, nesta situação, o tratamento pode ser feito rotineiramente pelo médico.

Entretanto, a verdadeira crise hipertensiva requer hospitalização, atendimento intensivo e imediato com medicações e cuidados especiais, quase sempre do gênero de vasodilatadores potentes que diminuam bastante a resistência periférica alterada (CASTRO, 2001).

## **3.2 DIABETES**

### **TIPO 1**

O diabetes Tipo 1 (DM1) é uma doença auto-imune caracterizada pela destruição das células beta produtoras de insulina. Isso acontece por engano porque o organismo as identifica como corpos estranhos. A sua ação é uma resposta auto-imune. Este tipo de reação também ocorre em outras doenças, como esclerose múltipla, Lupus e doenças da tireóide (NORWOOD, 2000).

**A DM1 surge quando o organismo deixa de produzir insulina** (ou produz apenas uma quantidade muito pequena.) Quando isso acontece, é preciso tomar insulina para viver e se manter saudável. As pessoas precisam de injeções diárias de insulina para regularizar o metabolismo do açúcar. Pois, sem insulina, a glicose não consegue chegar até às células, que precisam dela para queimar e transformá-la em energia. As altas taxas de glicose acumulada no sangue, com o passar do tempo, podem afetar os olhos, rins, nervos ou coração.

A maioria das pessoas com DM1 desenvolve grandes quantidades de auto-anticorpos, que circulam na corrente sanguínea algum tempo antes da doença ser diagnosticada. Os

anticorpos são proteínas geradas no organismo para destruir germes ou vírus. Auto-anticorpos são anticorpos com “mau comportamento”, ou seja, eles atacam os próprios tecidos do corpo de uma pessoa. Nos casos de DM1, os auto-anticorpos podem atacar as células que a produzem.

Não se sabe ao certo por que as pessoas desenvolvem o DM1. Sabe-se que há casos em que algumas pessoas nascem com genes que as predispõem à doença. Mas outras têm os mesmos genes e não têm diabetes. Pode ser algo próprio do organismo, ou uma causa externa, como por exemplo, uma perda emocional. Ou também alguma agressão por determinados tipos de vírus como o coxaque. Outro dado é que, no geral, **é mais freqüente em pessoas com menos de 35 anos**, mas vale lembrar que ela pode surgir em qualquer idade (INLANDER, 2000).

### **Sintomas**

Pessoas com níveis altos ou mal controlados de glicose no sangue podem apresentar:

- Vontade de urinar diversas vezes;
- Fome freqüente;
- Sede constante;
- Perda de peso;
- Fraqueza;
- Fadiga;
- Nervosismo;
- Mudanças de humor;
- Náusea;
- Vômito (NORWOOD, 2000).

### **TIPO 2**

Sabe-se que o diabetes do tipo 2 possui um fator hereditário maior do que no tipo 1. Além disso, há uma grande relação com a obesidade e o sedentarismo. Estima-se que 60% a 90% dos portadores da doença sejam obesos. A incidência é maior após os 40 anos (NORWOOD, 2000).



Uma de suas peculiaridades é a contínua produção de insulina pelo pâncreas. O problema está na incapacidade de absorção das células musculares e adiposas. Por muitas razões, suas células não conseguem metabolizar a glicose suficiente da corrente sanguínea. Esta é uma anomalia chamada de "resistência Insulínica".

O diabetes tipo 2 é cerca de 8 a 10 vezes mais comum que o tipo 1 e pode responder ao tratamento com dieta e exercício físico. Outras vezes vai necessitar de medicamentos orais e, por fim, a combinação destes com a insulina.

Principais Sintomas:

- Infecções freqüentes;
- Alteração visual (visão embaçada);
- Dificuldade na cicatrização de feridas;
- Formigamento nos pés;
- Furunculose (NORWOOD, 2000).

## **DIABETES GESTACIONAL**

Na gravidez, duas situações envolvendo o diabetes podem acontecer: a mulher que já tinha diabetes e engravida e o diabetes gestacional. O diabetes gestacional é a alteração das taxas de açúcar no sangue que aparece ou é detectada pela primeira vez na gravidez. Pode persistir ou desaparecer depois do parto.

Como nos outros tipos, a causa exata do diabetes gestacional é desconhecida. Contudo, os especialistas acham que o diabetes gestacional pode ser uma etapa do diabetes tipo 2, pelas semelhanças clínicas existentes entre ambos.

### **Os fatores de risco são parecidos com aqueles do diabetes tipo 2 e incluem**

Idade acima de 25 anos;

- Obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal (gordura em excesso no tronco);
- História familiar de diabetes em parentes de 1o grau;
- Baixa altura (1,50cm);
- Crescimento fetal excessivo, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;

- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrosomia (peso excessivo do bebê) ou de diabetes gestacional (INLANDER, 2000).

## **Hormônios**

No período da gravidez, a placenta (órgão responsável pela nutrição do feto) produz algumas substâncias (hormônios) em grande quantidade. Embora imprescindíveis para o desenvolvimento do bebê, os hormônios criam resistência (dificuldade) à ação da insulina no organismo materno. Todas as mulheres grávidas têm algum grau de resistência Insulínica, mas as mulheres com diabetes gestacional apresentam uma resistência mais exagerada. O diabetes gestacional costuma aparecer por volta da vigésima quarta semana de gravidez, exatamente quando a placenta começa a produzir grandes quantidades de hormônios. Por isso o rastreamento para o diabetes gestacional ocorre nesse período (CZEPIELEWSKI, 2001).

## **Genética**

Acredita-se que os genes do diabetes gestacional e do diabetes tipo 2 são semelhantes. Em ambos, o que ocorre não é a deficiência acentuada na produção da insulina, mas uma resistência à ação dessa substância. Além disso, o diabetes gestacional aumenta as chances de a mulher desenvolver o diabetes tipo 2 no futuro.

Os médicos acreditam que algumas mulheres com níveis glicêmicos mais elevados no início da gravidez (primeiro trimestre) provavelmente já estavam com diabetes antes do início da gravidez. Por esse motivo, e pela semelhança que o diabetes gestacional apresenta com o diabetes tipo 2, todas as mulheres que tiveram diabetes são orientadas a fazer a reavaliação das taxas de glicose após o parto (RASKIN, 2002).

## **OUTROS TIPOS DE DIABETES**

### *Características Gerais*

Existem outros tipos de diabetes além do Tipo 1, Tipo 2 e Gestacional, mas esses ocorrem com menor frequência (INLANDER, 2000). São eles:

### ***Diabetes Secundário ao Aumento de Função das Glândulas Endócrinas:***

Em determinadas doenças glandulares, quando ocorre aumento de função a ação da insulina é de alguma maneira dificultada ou prejudicada, aparecendo diabetes em pessoas de alguma maneira predispostas. É o que pode ocorrer, por exemplo, com doenças da:

- Tireóide (hipertiroidismo);
- Supra-renal (doença de Cushing);
- Hipófise (acromegalia ou gigantismo).

Também pode aparecer na presença de tumores de:

- Sistema nervoso simpático (feocromocitoma);
- Células alfa do pâncreas (glucagonoma) (INLANDER, 2000).

### ***Diabetes Secundário a Doenças Pancreática:***

Nesse grupo, o diabetes ocorre mais freqüentemente naqueles com antecedentes familiares do Tipo 2.

- Retirada cirúrgica de 75% do pâncreas;
- Pancreatite crônica (inflamação geralmente causada pelo alcoolismo crônico);
- Destruição pancreática por depósito de ferro denominado hemocromatose (extremamente rara).

Nesses casos, o diabetes está associado à diarreia com perda de gordura nas fezes, pois o pâncreas afetado extensamente também não produz enzimas digestivas suficientes (CZEPIELEWSKI, 2001).

### ***Resistência Congênita ou Adquirida à Insulina***

A produção de insulina está aumentada, porém com ação ineficaz por causa da diminuição ou defeito de receptores celulares (encaixes para insulina), em tecido gorduroso, músculo etc.

Essas anormalidades, quando congênicas, podem ser defeito dos receptores de insulina, presença de anticorpos anti-receptores (RASKIN, 2002).

### ***Diabetes Associado à Poliendocrinopatias Auto-Imunes***

Casos onde existem anticorpos anticélulas de ilhotas pancreática produtoras de insulina (Tipo 1). Destes, 20% apresentam anticorpos contra tireóide e(menos freqüentemente) anticorpos contra supra renal, mucosa do estômago, músculo e glândulas salivares, além da ocorrência de vitiligo, alopecia (intensa queda de cabelos), hepatite crônica, candidíase (CZEPIELEWSKI, 2001).

### ***Diabetes Associado à Desnutrição e Fibrocalculoso***

Ocorre em jovens de países tropicais com baixa ingestão protéica, freqüentemente associado a alimentos que contêm cianetos, como a mandioca amarga. Esta associação pode causar dano pancreático, com destruição das ilhotas e diminuição da produção de insulina (NORWOOD, 2000).

### ***Diabetes Relacionados à Anormalidade da Insulina (Insulinopatias)***

A produção da insulina está aumentada, porém com alteração de sua estrutura molecular, não sendo assim eficaz. Aplicando-se insulina, controla-se o diabetes (NORWOOD, 2000).

### ***Diabetes Tipo LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults)***

O LADA caracteriza-se pelo surgimento tardio do Diabetes Mellitus do Tipo 1 e atinge entre 2 e 12% dos casos, ou seja, 1,4 milhão de pessoas no Brasil. Também conhecido como Diabetes Tipo 1.5 (Type one-and-a-half), o LADA costuma ser confundido com o do tipo 2.

A maior incidência concentra-se em pacientes entre 35 e 60 anos, magro e com cetose. O seu diagnóstico é feito pelo teste do anticorpo GAD. A hereditariedade do diabetes tipo 1, doenças de Hashimoto e Graves devem ser levadas em conta num histórico familiar. Atualmente, não há um consenso na literatura médica para o tratamento do LADA.

A manutenção do controle de glicemia é o principal objetivo do tratamento do portador do diabetes LADA. Um aspecto que deve ser levado em conta, refere-se a progressão

lenta para a insulino-dependência, assim como um risco maior de complicações cardiovasculares para esses pacientes (INZUCCHI, 2007).

## **PRÉ-DIABETES**

Como o título já sugere, este termo é usado para identificar as pessoas que possuem risco potencial de desenvolver o diabetes. É uma forma ou um estado intermediário entre a normalidade e o diabetes do tipo 2 no adulto. No entanto, sabe-se que nem todos irão deixar a condição de pré-diabético para se tornar um diabético. Mas, por precaução, são considerados em estado de risco para essa progressão (INZUCCHI, 2007)

### ***Fatores de Risco***

Existem fatores que são considerados de risco para o desenvolvimento do diabetes. Entre eles estão: o fator da idade (estar acima de 45 anos); o excesso de peso; o sedentarismo; a hipertensão arterial e as alterações nas taxas de colesterol e triglicérides sanguíneos e a história familiar de diabetes.

Isso serve para ambos os sexos. Mulheres que geraram filhos com mais de 4 kg ou que sejam portadoras de Síndrome dos Ovários Policísticos também têm risco aumentado.

Nesses casos, preconiza-se a realização da dosagem de glicemia de jejum ou a realização do teste oral de sobrecarga com glicose, para possível detecção de pré-diabetes ou mesmo diabetes.

A melhor maneira de identificar o pré-diabetes é através da dosagem da glicemia. Sua definição laboratorial dá-se quando a taxa de glicemia de jejum (mínimo de oito horas) encontra-se entre 100 e 125 mg/dl e/ou quando o valor de glicemia na segunda hora do teste de sobrecarga oral à glicose (também chamado de curva glicêmica) está entre 140 e 199 mg/dl (indivíduos classificados também como intolerantes à glicose) (INZUCCHI, 2007).

A quantidade de pessoas que evoluem para o diabetes é parecida nos grupos que têm glicemia de jejum alterada e os que apresentam alterações nas taxas de glicemia na segunda hora do teste oral. No mais, apesar de ser raro, outros grupos que não apresentarem essas condições e nem fatores de risco, também podem desenvolver diabetes no futuro.

importante salientar que as pessoas que adquirem novos hábitos no estilo de vida - como a atividade física regular resultando na diminuição de 5 a 7% no peso corporal - ajudam a, no mínimo, retardar o aparecimento do diabetes.

Em grandes estudos realizados com indivíduos com pré-diabetes, tais medidas reduziram a taxa de novos casos em mais de 50% em um período de dois a cinco anos de acompanhamento. Essas mudanças ainda são benéficas para o estado de saúde geral, promovendo menor risco no desenvolvimento de outras doenças, especialmente cardiovasculares.

A busca pela perda de peso pode receber o auxílio de algumas medicações, no entanto, não devemos nos esquecer de que todas essas orientações devem ser realizadas pelo médico, analisando cada situação individualmente.

Ou seja, no geral existem muitas evidências de que o diabetes tipo 2 pode ser prevenido ou ter seu início retardado. Os indivíduos com pré-diabetes podem ser facilmente identificados. Alterações no estilo de vida, especialmente redução moderada do peso e aumento da atividade física são indicadas, além de promoverem efeito positivo adicional na saúde como um todo.

Não se pode esquecer o fato de não se tratar a hipertensão arterial e o diabetes mellitus como uma doença que normalmente requeira internamento do paciente. Ao contrario, por suas características de cronicidade, nelas são geradas possibilidades deste paciente ser tratado em casa, ainda que demande um cuidado que vai durar por toda sua vida (DIOGO; DUARTE, 2002).

O sucesso do tratamento depende do fator adaptação que é ainda o responsável pela enorme resistência que os profissionais encontram para a adesão do hipertenso e/ou diabético ao tratamento. Percebe-se que a não-adesão é o grande entrave no controle da doença, o que justifica sua existência ser encarada como um problema de saúde pública. Investimentos nesse sentido vêm se tornando relevantes, mas a solução para este problema enfrenta ainda o desafio de envolver conjuntamente a pessoa cadastrada no programa ao tratamento (PERES; MAGNA; VIANA, 2003).

Para a adesão ao tratamento é imprescindível a vinculação do profissional aos pacientes nas unidades de atendimento, a garantia do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados, uma vez que seu diagnóstico e controle evitam complicações ou, ao menos, retardam a progressão das já existentes. Além disso, o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento (BRASIL, 2002). Outra principal causa de baixa adesão ao tratamento esta relacionada com as medicações, uma vez que os pacientes não tern

acesso a todas as medicações, e relacionadas a custos, efeitos colaterais e excesso de comprimidos (ARAÚJO et al., 2000).

Como resposta às morbimortalidade causadas pela hipertensão arterial e pelo diabetes mellitus, o ministério da saúde implantou no país o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus - PRAHADM (BRASIL, 2002). Por sua vez, dentre as estratégias do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus - PRAHADM, foi criado o Hiperdia, que é um sistema informatizado destinado ao cadastramento e modificações levam à obesidade, ao sedentarismo e ao consumo de uma dieta rica em calorias e em gorduras (NARAYAN, 2000).

A doença está associada a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes por ela acometidos. Acarretam também altos custos para o controle de suas complicações (GARATINI et al., 2004). O Diabetes é a sexta causa de internação por: cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial (SILVESTRE, 1998) e é a principal causa de amputações dos membros inferiores e de cegueira (SPHICHLER et al., 1998).

As doenças crônicas não transmissíveis segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são atualmente as principais causas de mortalidade no mundo (MANTON, 1998). No nosso país a população acometida pela HAS está estimada em cerca de 10 a 20%, o que representa aproximadamente de 15 a 30 milhões de brasileiros. A estimativa entre idosos está em torno de 65% e entre crianças e adolescentes, 7%, enquanto que na raça negra o número chega a 25% sendo a mulher negra mais acometida que a mulher branca (RIERA, 2000).

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento aos diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos em saúde, dependendo da prevalência do local em diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Indivíduos com diabetes precisam de no mínimo 2 a 3 vezes mais recursos para o cuidado com a saúde do que os não-diabéticos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Os fatores de risco associados a estas doenças condicionam elevadas taxas de morbimortalidade e custos sociais e econômicos decorrentes do uso de serviços de saúde, absenteísmo e incapacidade para o trabalho (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

Em diabéticos, a hipertensão arterial é duas vezes mais frequente que na população em geral, essas doenças acometem mais frequentemente pessoas de mais idade e sua incidência aumenta com a idade, diversos estudos têm mostrado que o controle rigoroso da glicemia e pressão arterial são capazes de reduzir as complicações tanto do diabetes quanto da

hipertensão arterial (VASAN, 2002).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2002), a abordagem da hipertensão arterial e do diabetes mellitus é constituída da intervenção medicamentosa e não medicamentosa, sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida. Assim o sucesso do controle das taxas de acompanhamento de portadores das supracitadas doenças, atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio desse banco de dados, será possível acompanhar quantos são os cadastrados, como estão sendo acompanhados e qual o tipo de tratamento e ainda estratifica-los de acordo com o risco individual (DATASUS, 2007).

O objetivo geral do HIPERDIA é estabelecer metas e diretrizes para a reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no sistema único de saúde (SUS), através da atualização dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente as unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo assim a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas doenças na rede publica de serviços de saúde (MIRANZI, et al., 2007).

O Hiperdia é usado pelas equipes de saúde da família nas unidades básicas de saúde (UBS) através de fichas do programa, os pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa são acompanhados mensalmente pelos médicos ou enfermeiros da equipe de saúde durante consultas de rotina ou visitas domiciliares destinadas aos pacientes incapazes de deslocar-se a unidade, onde é feita uma avaliação do seu quadro clínico e destinada sua melhor forma de tratamento (medicamentoso não-medicamentoso). Nele é registrado todos os dados pessoais e antropométricos do paciente, qual a doença, suas intercorrências e tratamento específico.

Diante do exposto e como profissionais da área de saúde viu-se a necessidade de conhecer melhor o grupo de hipertensos e diabéticos. Este projeto em nos direcionar ao perfil de clientes cadastrados no programa Hiperdia assistidos por uma equipe de saúde da família no município de Conceição do Lago Açu - MA, visando a conscientização de alguns dos pacientes na adesão ao tratamento, adoção de medidas preventivas para as complicações de ambas as doenças, uma vez que assim diminuiria a morbimortalidade e os gastos com tratamento.



## **4 METODOLOGIA**

### **Tipos de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo quantitativo, realizado com uma população de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa Hiperdia atendidos por uma Equipe de Saúde da Família no município de Conceição do Lago Açu – MA.

### **Local e período do estudo**

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde José Alcanforado Albuquerque, inaugurado no ano de 2006 no município de Conceição do Lago Açu, onde o mesmo possui duas equipes de PSF, cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo e dez ACS's. As equipes são cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). O referido Centro de Saúde possui todos os programas que são preconizados pelo Ministério da Saúde, tais como: Programa de Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Idoso, Programa de Hanseníase e Tuberculose, Programa de combate à DST/AIDS, Programa dos Hipertensos e Diabéticos, Programa de Saúde Bucal.

O município de Conceição do Lago Açu - MA encontra-se na região do médio Mearim, há 320 km da capital São Luis, de acordo com o IBGE tem aproximadamente 14.800 habitantes em uma área de 8.643 km<sup>2</sup>. O município foi emancipado no dia 10 de Novembro de 1996.

O período de coleta de dados foi realizado de Março à Abril de 2009 pelas pesquisadoras.

### **População**

A população do estudo foi constituída de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa Hiperdia no total de 40 clientes, que compareceram ao Centro de Saúde Jose Alcanforado Albuquerque para consulta de rotina, no período da coleta de dados.

### **Instrumento de coleta de dados**

Como instrumento de coleta foi utilizado o questionário com perguntas abertas e fechadas, previamente elaborado pelas pesquisadoras, contemplando variáveis socioeconômicas e demográficas tais como: idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, dentre outras (Apêndice A).

### **Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada com base na ficha do Hiperdia e de acordo com os seguintes itens:

- Levantamento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa Hiperdia;
- Palestra de conscientização direcionada aos pacientes da referida Unidade para a coleta de dados;
- Aplicação do instrumento de coleta entre os pacientes hipertensos e/ou diabéticos durante as consultas de rotina, visita domiciliar e no momento da aferição da pressão arterial;
- Recolhimento do instrumento de coleta;

### **Análise de dados**

Os dados encontram-se nos arquivos do Centro de Saúde José Alcanforado Albuquerque, no município de Conceição do Lago Açu – MA, Apresentados em forma de Tabelas, para melhor análise e visualização dos mesmos.

### **Considerações éticas**

O sujeito de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolvia seres humanos. Será realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS N°. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (Apêndice B).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Tabela 1** – Distribuição numérica e percentual dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa Hiperdia, segundo variáveis demográficas Conceição do Lago Açu – MA, 2009.

| <b>VARIÁVEIS</b>    | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---------------------|----------|----------|
| <b>Idade</b>        |          |          |
| 40-49               | 06       | 15       |
| 50-59               | 09       | 22,5     |
| 60-69               | 14       | 35       |
| 70-79               | 09       | 22,5     |
| 80-89               | 01       | 2,5      |
| 90-99               | 01       | 2,5      |
| Total               | 40       | 100      |
| <b>Sexo</b>         |          |          |
| Masculino           | 13       | 32,5     |
| Feminino            | 27       | 67,5     |
| Total               | 40       | 100      |
| <b>Estado Civil</b> |          |          |
| Casado              | 22       | 55       |
| Solteiro            | 07       | 17,5     |
| Viúvo               | 11       | 27,5     |
| Outros              | 0        | 0        |
| Total               | 40       | 100      |

Nesta primeira tabela podem-se observar que entre as variáveis estudadas a hipertensão e o diabetes são mais comuns em pessoas da terceira idade, ou seja, na faixa etária entre 50 a 79 anos e em particular nesta comunidade é predominante em mulheres. Em particular nesta comunidade os casos de diabetes e hipertensão arterial são mais comuns em pessoas casadas. “A Terceira Idade é como atualmente se denomina a etapa do ciclo de vida humana de pessoas idosas..., que podem vir a apresentar problemas de saúde, como diabetes, hipertensão arterial, depressão” (STEDMAN, 1996).

**Tabela 2** – Distribuição numérica e percentual dos pacientes cadastrados no Programa Hiperdia, segundo variáveis socioeconômicas Conceição do Lago Açu – MA, 2009.

| <b>VARIAVEIS</b>      | <b>n</b>  | <b>%</b>   |
|-----------------------|-----------|------------|
| <b>Renda Familiar</b> |           |            |
| < 1 Salário mínimo    | 08        | 20         |
| 1 Salário mínimo      | 07        | 17,5       |
| > 1 Salário mínimo    | 25        | 62,5       |
| Total                 | 40        | 100        |
| <b>Escolaridade</b>   |           |            |
| Não Alfabetizado      | 16        | 40         |
| Ensino Fundamental    | 23        | 57,5       |
| Ensino Médio Completo | 01        | 2,5        |
| Ensino Superior       | 0         | 0          |
| Total                 | 40        | 100        |
| <b>Ocupação</b>       |           |            |
| Aposentado            | 22        | 55         |
| Trabalho Rural        | 01        | 2,5        |
| Do Lar                | 14        | 35         |
| Outros                | 03        | 7,5        |
| <b>TOTAL</b>          | <b>40</b> | <b>100</b> |

Na tabela 2 podem-se observar que a renda familiar das pessoas que apresentam hipertensão e o diabetes é maior que 1 salário mínimo, destaca-se o maior índice de doentes entre pessoas com apenas o ensino fundamental, formada por aposentados e mulheres que trabalham no lar. “Quanto à ocupação, renda familiar e escolaridade, que podem ser considerados indicadores de classe social, a hipertensão tem se mostrado mais freqüente em trabalhadores situados nas classes mais desfavorecidas e com menor escolaridade” (DUNCAN, 1991).

**Tabela 3** – Distribuição numérica e percentual dos pacientes cadastrados no Programa Hiperdia, segundo variáveis aspectos clínicos, Conceição do Lago Açu – MA, 2009.

| <b>VARIAVEIS</b>          | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---------------------------|----------|----------|
| <b>Doença</b>             |          |          |
| Hipertenso                | 31       | 77,5     |
| Diabético                 | 03       | 7,5      |
| Hipertenso e/ou Diabético | 06       | 15       |
| Total                     | 40       | 100      |
| <b>Complicações</b>       |          |          |
| IAM                       | 0        | 0        |
| Outras Coronariopatias    | 0        | 0        |
| AVC                       | 02       | 5        |
| Pé Diabético              | 0        | 0        |
| Amputação                 | 01       | 2,5      |
| Doença Renal              | 0        | 0        |
| Sem Complicações          | 37       | 92,5     |
| Total                     | 40       | 100      |

Na tabela 3 faz-se uma distinção entre os clientes estudados no qual a maioria é formada por hipertensos, sem muitas complicações em particular nesta comunidade. “O risco de complicações entre hipertensão arterial e diabetes é muito grande, em geral, quando não a um bom acompanhamento médico” (MESSERLI, 1987).

**Tabela 4** – Distribuição numérica e percentual dos pacientes cadastrados no Programa Hiperdia, segundo hábitos de vida, Conceição do Lago Açu – MA, 2009

| <b>VARIÁVEIS</b>        | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------------------|----------|----------|
| <b>Etilismo</b>         |          |          |
| Sim                     | 03       | 7,5      |
| Não                     | 37       | 92,5     |
| Total                   | 40       | 100      |
| <b>Tabagismo</b>        |          |          |
| Sim                     | 06       | 15       |
| Não                     | 34       | 85       |
| Total                   | 40       | 100      |
| <b>Atividade Física</b> |          |          |
| Sim                     | 07       | 17,5     |
| Não                     | 33       | 82,5     |
| Total                   | 40       | 100      |

Nesta comunidade em particular não se nota muitos casos de hipertensão e diabetes acometidos pelos fatores de risco tipo etilismo, tabagismo e sedentarismo, não sendo grandes contribuintes para o desenvolvimento destas doenças. De modo geral “os principais fatores de risco para a doença arterial coronariana e diabetes melito são: antecedentes familiares, hipercolesterolemia, hiperglicemia, tabagismo, obesidade, sedentarismo e nível sócio-econômico” (Fischmann, 2002).

## 6 CONCLUSÃO

Podemos constatar com base na presente pesquisa de campo, que o Centro de Saúde José Alconforado oferece aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Hiperdia, consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, distribuição de medicações específicas e acompanhamento de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

De acordo com as variáveis estudadas pode-se observar que com 35% da amostra a hipertensão arterial e o diabetes mellitus atingem as pessoas com idade mais avançadas, com maior predisposição para o sexo feminino com 67,5% e ambas atingem com maior valor as pessoas casadas com 55%, caracterizando assim o perfil demográfico desta população.

Nas variáveis socioeconômicas com 62,5% as doenças atingem as pessoas com renda familiar maior que 1 salário mínimo, porém com 57,5% atingem as pessoas com apenas o ensino fundamental e com 55% as pessoas aposentadas, ou seja, as pessoas idosas destacando um dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças.

Segundo os aspectos clínicos das doenças com 77,5% destaca-se a hipertensão arterial que mais acomete a população e com 92,5% ambos não apresentam complicações, enfatizando o vínculo entre os portadores das doenças e os profissionais de saúde na rede básica de assistência para o controle das doenças e de suas complicações.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais se aceleram as inovações no campo da tecnologia e, em decorrência, as reflexões, aplicações e experimentações aumentam na área da saúde.

A utilização de tecnologias ou a incorporação delas na prática da Saúde Familiar é uma ação que melhora a atuação de toda equipe de saúde aumentando assim a eficiência e diminuindo as suas limitações.

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, com as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle de agravamentos dessas doenças. O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade. Por este motivo o Ministério da Saúde, disponibilizou para estados e municípios um sistema informatizado que permite o cadastramento de portadores, o seu acompanhamento, ao mesmo tempo em que, em 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.

Se o governo brasileiro, as autoridades estaduais e municipais responsáveis pela saúde se imbuírem da certeza de que é necessário dotar a saúde brasileira de mecanismos modernos e os profissionais da qualificação necessária, as novas tecnologias passarão a ser utilizadas em larga escala e, com isso, a saúde sofrerá um grande avanço e, conseqüentemente, se conseguirá a tão sonhada qualidade nesse setor primordial para o desenvolvimento do país.

Espera-se, com este trabalho, poder contribuir para apontar caminhos de reflexão e atuação para o relacionamento entre as tecnologias e o trabalho dos profissionais de saúde, de maneira que este se descubra um profissional em permanente aprendizagem e transformação, participando da estruturação de uma saúde cada vez mais integrada e interligada à realidade de seus clientes.



## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J.P. **Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.** Arquivos brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 84-375. out. 2002 .

ARAÚJO, R.B. et al. **Avaliação do cuidado prestado a pacientes com doenças crônicas em nível primário.** Revista de Saúde Pública, v. 33, p. 24-32, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares no Brasil: Sistema Único de Saúde SUS: dados epidemiológicos, assistência medica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BR). **Manual de hipertensão arterial diabetes.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Brasília, 2002.

BRENTANO, Loreno - ABC da Saúde. Disponível em <http://www.abcdasaude.com.br/>. Acesso em: 18 set. 2000.

BUSATO, Otto - ABC da Saúde. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/>. Acesso em : 20 set. 2008.

CASTRO, Iran - ABC da Saúde. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/>. Acesso em: 20 set 2008.

CHOBANIAN, Marton et al. **O sétimo relatório do Comitê Nacional em prevenção, detecção, avaliação e tratamento de hipertensão arterial.** JAMA, v. 289, p. 72, 2003.

CZEPIELEWSKI, Mauro Antonio - ABC da Saúde. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/>. Acesso em: 13 abr 2001.

DATASUS. Sistema de Cadastramento Acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 25 set. 2007.

DIOGO, M.J.D.E.; DUARTE, Y.A.O. **Cuidados em domicilio: conceitos e praticas**. In:

DUNCAN, B.B. **As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não-transmissíveis**. Porto Alegre, 1991. [Tese de Doutorado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre].

FREITAS, E.V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 100-102.

FREITAS, O.C. et al. **Prevalência de hipertensão arterial na população urbana de Catanduva, no estado de São Paulo**. Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 77, n. 1, p. 921, 2001.

GARATINI, L. et al. Centro de Especialização em Diabéticos Italianos relacionados aos custos médicos. **O Jornal Europeu de Saúde, Ciência e Economia**, Berlim, v. 5, n. 1. p. 15-21, 2004.

GOBBATO, Pedro Luis - ABC da Saúde. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/>. Acesso em 04 mai 2000.

INZUCCHI, Silvio E. **Diabete Melito – Manual de Cuidados Essenciais**, Editora: Artmed. Ano: 2007 Edição: 6.

MANTON, K.G. **O impacto global das doenças: aproximações e previsões**. *Quarto Estatístico de Saúde Mundial*, Genebra, v. 41, n. 3, p. 66-255, 1998.

MESSERLI FH, Garavaglia GE, Schmieder RE, Sundgaard-Riise K, Nunez BD, Amodeo C. **Disparate cardiovascular**. *Ann Intern Med* 1987

MILAGRES, Rosangela. **Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

MIZANI, Sybelle, et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família.** *Revista Brasileira de Enfermagem*. São Paulo, v. 17, n. 4, out./dez. 2007.

NAYAN, K.M. **Diabetes: um crescimento sério, caro e potencialmente evitável de saúde pública.** Pesquisa de diabetes. São Paulo: Atheneu, 2000.

NORWOOD, Janet W. & Inlander, Charles B. **Entendendo a Diabetes – Para educação do Paciente.** Julio Louzada Publicações. São Paulo, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. **O preço do diabetes.** 2002.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. **Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e prática.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo v. 37, n. 5, p. 42-635, out. 2003.

RASKIN, Salmo - ABC da Saúde. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/>. Acesso em: 04 mai 2002.

RIERA, A.R.P. **Hipertensão Arterial: conceitos práticos e terapêuticos.** São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVESTRE, J.A. **Hospitalizações SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre Diabetes,** São Paulo: SBD, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: Hipertensão.** 2006.

SPICHLER, E.R.S. et al. **Amputações em diabéticos.** *Diabetologia*, Rio de Janeiro, v.41, n. 279, p. 90, 1998.

STEDMAN, Thomas Latthrop. **Dicionário médico**. 25.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

VASAN, R.S, et al. **Fatores de risco como a idade desenvolvimento hipertensão entre homens e mulheres**. JAMA, v. 287, n. 8, p. 103, 2002.

VINICOR. F. **O limite do diabetes mellitus e hipertensão arterial na saúde pública**. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4. 1998.

VON EYE, Guenther - ABC da Saúde. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/>. Acesso em 31 out 2000.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE – A**

Instrumento de coleta de dados

**LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAUDADE DA FAMÍLIA**

**QUESTIONÁRIO**

|  |
|--|
| 1-NOME   |
| 2-IDADE  |
| 3-ESTADO CIVIL;<br>( ) Casado    ( ) Solteiro    ( ) Viúvo    ( ) Outros   |
| 4-SEXO: ( ) M    ( ) F   |
| 5-ESCOLARIDADE:<br>( ) Não Alfabetizado    ( ) Fundamental    ( ) Ensino Médio Completo    ( ) Ensino Médio Incompleto    ( ) Ensino Superior Completo    ( ) Ensino Superior Incompleto |
| 6-RENDA FAMILIAR:<br>( ) Menor que um salário mínimo    ( ) Um salário mínimo    ( ) Maior que um salário mínimo   |
| 7-QUAL SUA OCUPAÇÃO?<br>( ) Aposentado/Pensionista    ( ) Trabalhador Rural    ( ) Do Lar    ( ) Outros<br>Qual? _____   |
| 8-( ) HIPERTENSO    ( ) DIABÉTICO    ( ) HIPERTENSO E DIABÉTICO  |
| 9-PRESENÇA DE COMPLICAÇÕES EM DECORRÊNCIA DA DOENÇA:<br>( ) IAM    ( ) Outros coronariopatias    ( ) AVC<br>( ) Pé diabético    ( ) Amputação    ( ) Doença renal                        |
| 10-FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA?  |

|   |
|---|
| ( ) Sim      ( ) Não                                    |
| 11-FAZ USO DE FUMO?                                     |
| ( ) Sim      ( ) Não    QUANTOS CIGARROS POR DIA? _____ |
| 12-REALIZA ATIVIDADE FISICA?                            |
| ( ) Sim      ( ) Não    QUAL? _____                     |

## APÊNDICE – B

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAUDADE DA FAMÍLIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm.

End: Rua L, Quadra 22, casa 08, Parque Atenas    CEP 65.072-510 - São Luis - MA

Fone: (98) 3246-1194.

e-mail: [rosemary@institutolaboro.com.br](mailto:rosemary@institutolaboro.com.br)

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, SIN. Campus do Bacanga, Prédio CEB - Velho, Bloco C, Sala 7. CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708

Pesquisadoras: Layse Magalhães Nogueira; Sandrely Santos Moreno.

### **PERFIL DE CLIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERTENSÃO POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO LAGO AÇÚ - MA.**

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o (a) Sr (a) que ajudarão a traçar o perfil dos pacientes cadastrados no Programa Hipertensão assistidos por uma equipe de saúde da família. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o (a) Sr (a) quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O (a) Sr (a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecido (a) e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, características dos hábitos de vida e intercorrências, dentre outras. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal do (a) Sr (a). Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Conceição do Lago Açu - MA, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_.

---

Assinatura e carimbo do  
Pesquisador Responsável

---

Sujeito da Pesquisa

Rua do Grupo, S/N – Centro.

**ANEXO**



