



REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

ARTIGO

PERFIL DE PACIENTES CADASTRADOS NO HIPERDIA: CONHECENDO O ESTILO DE VIDA *PROFILE OF PATIENTS REGISTERED IN HIPERDIA: KNOWING THE LIFESTYLE*

FERNANDA OLIVEIRA DA SILVA¹; CLEUMA SUELI SANTOS SUTO²; LAURA EMMANUELA LIMA COSTA²

1 - Enfermeira pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Bahia, Brasil.

2 - Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Bahia, Brasil.

RESUMO

O objetivo deste artigo é descrever a população atendida pelo HIPERDIA e avaliar o conhecimento dos pacientes sobre diabetes e hipertensão arterial, verificando mudanças no estilo de vida após ingresso no programa. Trata-se de uma pesquisa descritiva e explicativa, com abordagem qualitativa e quantitativa, realizada com 52 pacientes. Obteve-se alta prevalência de idosos e de sujeitos que afirmaram ter conhecimento sobre a patologia e suas complicações; 99% realizavam tratamento medicamentoso. Concluiu-se que, entre as mulheres, o sedentarismo é menor, porém os homens apresentaram modificações significativas nos hábitos alimentares após ingresso no programa, com redução de gordura (77,8%) e sal (18,8); encontrou-se Índice de Massa Corporal e circunferência abdominal acima dos padrões normais e 80% das mulheres com sobrepeso. Recomenda-se, de acordo com os achados, que a equipe de saúde da família realize mais ações de promoção de saúde e de incentivo a prática de atividade física, assim como melhora nos registros em prontuário.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Hipertensão; Atenção Básica.

ABSTRACT

The purpose of this article is to describe the population assisted by HIPERDIA and evaluates the patients' knowledge about diabetes and high blood pressure, checking changes in their lifestyle after joining the program. This was a descriptive and explanatory research with qualitative and quantitative approach, carried out with 52 patients. The study showed high prevalence on old people and individuals who claimed to have knowledge about the disease and its complications; 99% carried out drug treatment. It was concluded that physical inactivity among women is lower, but men showed significant changes in their eating habits after coming to the program, with reduction in fat (77.8%) and salt (18.8); it was found that Body Mass Index and waist circumference were above normal standards and 80% of women were overweight. It is recommended according to the findings that the family health team invest more on health promotion and to encourage the practice of physical activity, as well as improvements in the information on files.

Keywords: Diabetes Mellitus, Hypertension; Primary Health Care; Lifestyle.

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são consideradas um problema de saúde pública com tendências crescente, altamente prevalente e muitas vezes assintomática¹ Essas patologias são ainda o principal fator de risco para as doenças do aparelho circulatório e seu principal tratamento envolve modificações no estilo de vida, além do controle da glicose e pressão arterial. O controle destas patologias é considerado um desafio para o sistema de saúde e vem sendo priorizado pela Estratégia da Saúde da Família.

Assim, torna-se fundamental a identificação precoce, oferta de assistência e acompanhamento adequados aos portadores desses agravos. Na mesma medida o vínculo com a Unidade Básica de Saúde (UBS) para o controle destes, reduz o número de internações hospitalares e a mortalidade por doenças cardiovasculares, além de reduzir o custo social.² As estratégias utilizadas para o tratamento da DM e HAS incluem: educação, modificação dos hábitos de vida e uso de medicamento, se necessário³.

Na tentativa de fornecer um melhor acompanhamento e aumentar a prevenção dos pacientes com DM e HAS, o Ministério da Saúde criou, em 2002, no Brasil, o programa



HIPERDIA. Através deste, é realizado o cadastro e acompanhamento dos pacientes assim como a disponibilização de medicamentos. O programa tem como objetivo definir o perfil epidemiológico dessa população e desencadear estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, à redução do quadro atual de mortalidade e do custo social⁴.

Assim, o conhecimento dos portadores de DM e HAS sobre esses problemas de saúde tem grande importância para tornar o paciente o principal protagonista do seu autocuidado, através das mudanças implementadas no seu estilo de vida. Corroborando com isso, os profissionais do PSF necessitam conhecer o programa e sua aplicabilidade, além de identificar dados clínicos e epidemiológicos referentes a esses pacientes. O envolvimento dos profissionais de saúde poderá proporcionar uma identificação da situação de saúde local e de como os gestores podem desenvolver estratégias com vista à satisfação das necessidades reais desses clientes.

Este trabalho teve como objetivo geral, conhecer a população atendida pelo Programa HIPERDIA, em uma unidade de Saúde da Família, buscando correlacionar o programa com as mudanças no estilo de vida dos portadores destas patologias e, como objetivos específicos: desenhar o perfil socioeconômico; avaliar o conhecimento destes pacientes sobre DM e HAS; verificar mudanças no estilo de vida após a detecção da patologia e ingresso no programa relacionando sexo, idade e tempo de permanência no HIPERDIA.

METODOLOGIA

A pesquisa é do tipo descritiva com abordagem quantitativa e qualitativa⁵, realizada no ano de 2012, no município de Jacobina, Bahia na Unidades de Saúde da Família de um bairro localizado na periferia da cidade. A unidade foi selecionada devido ao número de pacientes cadastrado no Programa HIPERDIA (140). Optou-se por uma amostra de 40% do total de cadastrados (56). Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: paciente estar cadastrado no HIPERDIA da unidade; ser adulto com mais de 40 anos; de ambos os sexos; ter mais de seis meses de ingresso no programa e encontra-se em condições psíquicas de responder à entrevista após assinatura do Termo de Consentimento e Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios

de exclusão, além do não atendimento aos critérios listados, acrescentou-se não ser portador de necessidade especial.

O Termo de Consentimento Institucional (TCI) foi assinado pelo Secretário Municipal de Saúde e o projeto foi apresentado aos profissionais de saúde que atuavam na referida unidade para obtenção do referendo da equipe. O TCI foi provado pelo CEP-UNEB sob N°. 57872, parecer datado de 12/07/ 2012.

Os instrumentos de coleta de dados foram: entrevista validada; fichas de cadastro e acompanhamento do HIPERDIA disponíveis nos prontuários dos pacientes, observando-se as variáveis independentes: faixa etária, gênero, raça, renda familiar, escolaridade e, registros clínicos do paciente (prontuário clínico). Realizaram-se visitas domiciliares para a aplicação da entrevista e mensuração do peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Os dados foram tabulados por meio do programa Excel 2007 para a obtenção das frequências absolutas e percentis e confecção das tabelas e gráficos.

Comparou-se os dados coletados na entrevista com os dados de registro contidos na ficha do HIPERDIA e no prontuário clínico, relacionado-os às variáveis sexo e tempo de cadastro no programa, à luz da literatura pertinente.

RESULTADOS

Dos 52 de pacientes pesquisados, 23% eram portadores de DM e 88,5% de HAS. Considerando a existência de portador de mais de uma das patologias, 33,3% eram portadores de HAS e DM, concomitantemente.

No intuito de descrever o perfil dos pacientes cadastrados no HIPERDIA da UBS buscou-se dados sobre os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento e estejam relacionados ao paciente como: sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico que serão apresentados a seguir.

Esta pesquisa mostrou uma maior prevalência de mulheres (76,94%) e idosos (56%) entre os cadastrados no programa. Entre os idosos, 66,7% eram do sexo masculino e 47,5% do sexo feminino. Quanto à raça/cor, 65,4% se autodenominaram pardos. A distribuição das referidas frequências, assim como o estado civil, podem ser visualizados na Tabela 1:

Tabela 1: Estado civil dos pacientes cadastrados no HIPERDIA, segundo sexo, Jacobina-BA, 2012.

Sexo	Estado civil								Total
	Solteiro	%	Casado	%	Divorciado	%	Outros	%	
Feminino	2	5	4	3	4	1	20	5	40
Masculino	1	8	11	9	0	0	0	0	12
Total	3		25		4		20		52

Outro dado socioeconômico estudado foi o nível de escolaridade que se apresentou significativamente baixo, onde 70% das mulheres e 75% dos homens não sabiam ler nem escrever, ou autodenominam-se alfabetizados. Com relação à profissão ou situação de renda/ocupação dos pacientes pesquisados, observou-se que 51,9% afirmaram ser aposentados, sendo este número mais elevado entre os homens, enquanto 32,7% era “dona de casa”. Possivelmente, o alto percentual de aposentados esteja relacionado com a prevalência de idosos em nosso estudo.

Quanto aos dados sobre estilo de vida, buscou-se compreender a prática de atividade física, o conhecimento sobre benefício da atividade física, as mudanças nos hábitos alimentares, o consumo de tabaco e álcool e o conhecimento sobre a doença, suas consequências e tratamento. A Tabela 2 que apresenta os dados sobre a prática de atividade física.

Tabela 2 - Prática de atividade física entre pacientes cadastrados no HIPERDIA, por sexo, Jacobina-BA, 2012.

Sexo	Dias de prática de atividade física				Não pratica	
	2 a 3 dias por semana	%	4 a 5 dias por semana	%		%
Mulher	11	27,5	8	20	21	52,5
Homem	1	8,3	0	0	11	91,7

Sobre a prática de atividades física, 19 mulheres (47,5%) responderam sim e apenas um homem afirmou praticar atividade física (8,3%). Questionados se a atividade física poderia ajudar a manter a tensão arterial e glicose controlada, 70% das mulheres e 100% dos homens responderam que sim. No entanto, só um homem afirmou praticar atividade física.

Assim como a atividade física, as mudanças nos hábitos alimentares também interferem diretamente na qualidade de vida, ao serem questionados se os hábitos alimentares sofreu alguma modificação após ingresso no programa 67% mulheres e 91,6% de homens afirmaram ter modificado a alimentação. Sendo as principais modificações referidas: redução do consumo de gordura (77,8%), não consumo de carne vermelha (29,6%), não consumo de açúcares e doces (22,2%), e reduziu o sal (18,8%).

Entre os hábitos considerados não saudáveis, o tabagismo e etilismos também foram questionados neste estudo. O programa HIPERDIA considera como tabagista pessoa que consome um ou mais cigarros por dia. O hábito do tabagismo e etilismo encontrado nesta pesquisa teve uma prevalência concordante em relação ao etilismo e discordante em relação ao tabagismo. Alguns pacientes do sexo feminino (12,5%) e do sexo masculino (16,6%) consumiam álcool, porém em relação ao tabagismo o número dos que faziam uso era 50% maior entre as mulheres, dado surpreendente.

Quanto à ingestão de medicamentos, observando os horários prescritos, em ambos os sexos, 75% responderam

afirmativamente. Já quanto ao conhecimento sobre se a patologia poderia trazer consequências para a sua vida, 28,8% afirmaram que não sabiam. Porém, 13,5% sabiam, mas não identificavam qual consequência. No entanto, torna-se evidente as diferenças entre os sexos, uma vez que 50% das mulheres afirmaram que o HAS e o DM poderia provocar derrame, infarto, dor de cabeça, problema renal e até a morte.

Ao se perguntar se o paciente sabia o que era DM e HAS, 59,6% não sabiam definir a patologia da qual eram portadores, como pode ser verificado na Figura 1.

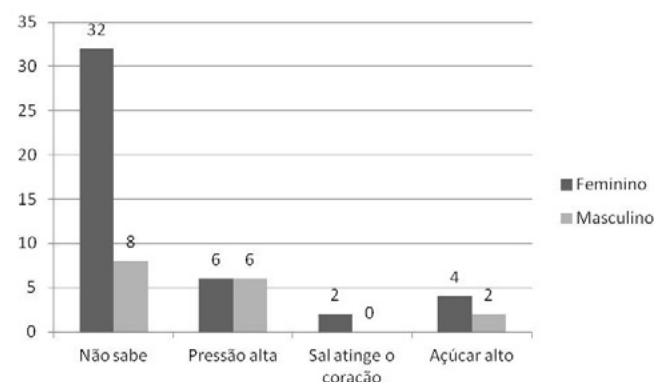


Figura 1 – Conhecimento dos pacientes do HIPERDIA sobre Hipertensão e Diabetes, 2012.

Em relação ao sexo feminino, destaca-se, portanto, que 77,5% não sabiam definir o que era DM ou HAS. Já com relação ao conhecimento sobre as complicações decorrentes da patologia, os dados apontaram que 28,8% não sabiam identificar alguma complicação.

Neste estudo, a aferição da pressão arterial foi realizada, em todos os pacientes no momento da entrevista, sem levar em consideração se o mesmo era portador de HAS ou não. Os resultados obtidos com a aferição foram: entre as mulheres pesquisadas, 75% (40) apresentaram tensão arterial fora dos padrões de normalidade, sendo que 37,5% (15) foram classificadas em estágio 1 e 37,5%, em estágio 2 e 3. Entre o grupo de homens entrevistados, 83,33% (12) apresentaram padrão anormal.

Em relação aos dados colhidos nos prontuários apenas 88,5% (46) tinha a HAS diagnosticada, sendo 36 do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Evidencia-se neste estudo uma taxa de tensão arterial mais elevada entre as mulheres, tanto no momento da entrevista, quanto no prontuário (75/78%). No entanto, para os homens, houve uma grande variação vez que no domicílio a média foi de elevação em 83,3% dos casos, e no prontuário apenas 21,7% apresentavam níveis pressóricos em padrões anormais.

Durante esse estudo, outro índice foi registrado, o de Massa Corpórea (IMC). Este foi calculado e registrado a partir do peso mensurado durante a entrevista, e da altura que havia sido registrada nos prontuários da UBS. Em relação ao IMC, nessa amostra, as pacientes do sexo feminino apresentaram 45% de pré-obesidade, sendo que 35% já

estavam classificadas como obesas, assim como 80% dessa população encontrava-se na faixa de classificação de risco por sobrepeso. Na população do sexo masculino, daqueles com peso registrado, 100% estavam incluídos na classificação de risco por sobrepeso. Salienta-se que, apenas 8,3% destes praticavam atividade física.

DISCUSSÃO

Desenhando o perfil socioeconômico da população estudada na unidade de saúde obteve-se que mais de dois terços eram do sexo feminino. Em pesquisa realizada com pacientes cadastrados no programa HIPERDIA, entre os anos de 1999 a 2012, 66% eram do sexo feminino⁶. Sobre os portadores de DM e HAS, concomitantemente⁷, o estudo mostrou uma maior prevalência de co-morbidade em indivíduos do sexo feminino (67,4%) e a faixa etária de maior frequência (33,3%), entre 60 e 69 anos de idade.

Chama atenção a tendência nacional da HAS em acometer mais mulheres, dado confirmado por este estudo. No entanto, sabe-se que o maior número de frequentantes de Programas de Saúde da Família (PSF) são mulheres, assim, a opção por uma amostra ligada ao PSF, com maioria de mulheres cadastradas é um viés nesta pesquisa. Porém, quanto ao autocuidado, é pertinente considerar a questão de gênero.

Na análise do quesito sobre raça-cor, na ficha de cadastro, 65,4% se autodeclararam pardos. Pesquisa realizada em Salvador⁸ mostrou uma maior prevalência em hipertensos de pardos (46,4%) e negros (27,9%). Esses dados concordam com os dados de Jacobina.

Quanto ao estado civil, entre o sexo feminino, 35% declararam-se casadas, entre o sexo masculino 91,7%. No entanto, as mulheres que responderam a opção “outros”, com relação ao estado civil, poderiam se referir à viuvez, assim, se somarmos às respostas solteiras, divorciadas e outros, chegamos a um total de mulheres que, no momento da pesquisa, encontravam-se sem companheiro, de 60%, o que pode influenciar negativamente no autocuidado dessa mulher. Ao considerar o estudo de Lima e Meiners⁹, o estado civil do paciente pode influenciar na dinâmica familiar e no autocuidado.

Outra pesquisa¹⁰ apresentou que 51% dos pacientes cadastrados no HIPERDIA são casados. Cotta *et al*¹¹ afirmaram que 70,4% dos pacientes com DM declararam-se casados. Os dados da pesquisa de Jacobina identificaram que 56,6% viviam com quatro ou cinco pessoas. Porém, merece destaque que, entre os entrevistados, 17,3% afirmaram morar sozinhos.

Quanto à escolaridade, o mesmo estudo anterior¹¹ encontrou que 89,4% tinham uma baixa escolaridade, sendo que 40,9% dos usuários do programa eram analfabetos. O autor salienta ainda que este fato influencia na adesão ao tratamento, seja pelas menores condições financeiras, seja pela falta de conhecimento. O achado na pesquisa em Jacobina traz preocupações semelhantes pelo alto índice de analfabetismo ou baixa escolaridade (70%).

No que diz respeito à ocupação dos pacientes pesquisados a aposentadoria e dona de casa foram mais prevalentes. Pode-se relacionar o alto percentual de aposentados com a alta prevalência de idosos no presente estudo e, quanto à grande quantidade de donas de casa, este achado pode estar relacionado ao baixo nível de escolaridade das mulheres. A maioria dos pesquisados cadastrados no HIPERDIA tem sido apontado na literatura como aposentado, sendo que entre as mulheres de um estudo realizado em Fortaleza, existia predomínio do trabalho domiciliar¹².

A renda familiar informada como inferior a 2 salários mínimo alcançou 96% do grupo estudado, o que caracteriza uma situação de baixa renda/pobreza, fator que pode interferir diretamente na qualidade alimentar. No entanto, o estudo de Fortaleza¹² encontrou, na sua amostra, 48% de pacientes com renda mensal inferior a dois salários mínimos (48%), enquanto nos demais a renda ficou entre 2 a 4 salários, indicando diferenças socioeconômicas expressivas entre clientela de um mesmo programa.

Verificar mudanças no estilo de vida após a detecção da patologia e ingresso no programa, e relacioná-las com sexo, idade e tempo de permanência no HIPERDIA foi outro objetivo deste estudo. A caminhada de 30 minutos todos os dias ou na maioria dos dias da semana tem efeito benéfico e não oferece risco para a maioria das pessoas¹³. Pesquisa similar aponta que 20% dos sujeitos afirmaram realizar caminhada. Entre estes, 40% realizavam caminhada 2 a 3 vezes na semana e 60%, 4 a 5 vezes¹⁴.

Assim, sobre a prática de atividades físicas, 19 mulheres (47,5%) responderam sim e apenas um homem afirma praticar atividade física (8,3%). Fica demonstrado, neste estudo, que mais mulheres praticam atividades físicas, porém este achado pode estar relacionado ao fato das mulheres se mostram mais preocupadas com a saúde e, buscarem mais os serviços de saúde, sendo assim influenciada por este.

Evidenciou-se que 52,5% das mulheres e 91,7% dos homens encontravam-se susceptíveis a desenvolver complicações vez que a falta de atividade física é um fator que predispõe a população a desenvolver complicações das HAS e DM. A prevalência do conhecimento sobre a atividade física no tratamento da HAS é de 89,6% e para a DM a taxa é de 63,1%¹⁵. Frente aos dados citados, podemos afirmar que os profissionais de saúde necessitam implementar ações educativas que estimulem a realização de atividades físicas entre os pacientes cadastrados no programa.

Assim como a atividade física, as mudanças nos hábitos alimentares também interferem diretamente na qualidade de vida. As modificações alimentares são relevantes nas patologias estudadas, e as principais modificações na alimentação após o diagnóstico da HAS foram: diminuição do consumo de sal (90%) e redução do consumo de gorduras (46,7%)¹⁶. Entre os pacientes da unidade de Jacobina a redução do sal e da gordura foi bem inferior, demonstrando que tais modificações alimentares se mostram inadequadas

para estes pacientes, o que pode estar influenciando no controle das patologias. No entanto, a dificuldade de mudança nestes hábitos alimentares pode ser justificada pela baixa renda e escolaridade da população estudada.

Não é exagero afirmar que a situação socioeconômica - e aspectos a ela relacionados, como a escolaridade - é um determinante de saúde das populações¹⁴. Os dados sobre tabagismo, aqui apresentados, concordam com a pesquisa desenvolvida pela Coordenação Nacional de hipertensão e Diabetes¹⁷ que demonstrou que os homens ainda são um grupo superior às mulheres no hábito de fumar. Nesse sentido, pode-se também inferir que a prevalência destes hábitos na população estudada é relativamente alta e relevante, uma vez que esse hábito é considerado fator de risco e também fator de complicações relacionadas à HAS e DM.

Com relação ao uso de medicamentos, perguntou-se sobre a sua importância, ou seja, se os pacientes acreditavam ou não que os medicamentos contribuíam para melhoria de sua qualidade de vida. Foi encontrado que 70% das mulheres e 91,7% dos homens acreditavam que as melhorias percebidas nos problemas de saúde tinham relação direta com o uso da medicação.

No entanto, apesar de 70% da amostra afirmar que observa o horário correto das tomadas do medicamento, ao não dar a devida atenção ao horário de tomada dos medicamentos, os outros 30% estariam comprometendo o controle da sua patologia, pois é sabido que tomar os medicamentos nos horários corretos é um fator de grande relevância para o controle da DM e HAS.

Strelec e Pierin¹⁸ identificaram, em sua pesquisa, que 83% dos pacientes com HAS que eram classificados como não controlado afirmaram deixar de tomar os remédios. A terapia medicamentosa, em longo prazo, principalmente entre os pacientes com DM, tem como ponto de dificuldade o cumprimento do horário prescrito dos medicamentos, por exigir mudanças no estilo de vida¹⁹.

Os achados da coleta de dados da cidade de Jacobina foram semelhantes, uma vez que ambos identificaram a melhora no quadro clínico dos pacientes com o uso da medicação²⁰. Uma hipótese para este achado pode ser a alta adesão ao tratamento medicamentoso e observação dos horários prescritos.

Na análise dos dados no momento do cadastro, os pacientes com diagnóstico de DM (dados colhidos no prontuário- 1ª consulta) foram comparados com os achados no momento da pesquisa e pode-se verificar que houve um quantitativo importante de pacientes que foram diagnosticados com DM após ingresso no programa, pois a taxa passou 32,7% para 48,8%, com prevalência mais acentuada nas mulheres, que passou a ser de 74%.

No momento do cadastro (1ª consulta) 20% das mulheres e 25% dos homens afirmaram ter hábito tabagista. Ao comparar os dados achados durante a pesquisa houve uma significativa redução deste hábito, cerca de 50% em ambos os

sexos, no entanto a prevalência entre as mulheres ainda é 50% maior que entre os homens.

Em relação ao sedentarismo, no momento do cadastro, o percentual foi de 50% entre as mulheres e 66,7% nos homens. Já os apresentados na pesquisa, 52,5% nas mulheres e 91,7% nos homens, denominaram-se sedentários, ou seja, não praticavam atividade física.

Ao analisar os dados sobre sobrepeso e obesidade no momento do cadastro verificou-se que 57,5% estavam com sobrepeso ou obesidade. No entanto, no momento da entrevista constatou-se que 80% das mulheres e 83,4% dos homens foram classificados como sobrepeso ou obeso, dado que chama atenção vez que o sedentarismo também aumentou.

A HAS e o DM são os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Sendo a hipertensão arterial sozinha responsável por 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e por 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Já, dentre as complicações mais frequentes provocadas pelo diabetes, encontram-se o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e mortes perinatais^{18,7}.

Na análise realizada, confrontando-se o momento do cadastro e momento da realização da pesquisa, percebeu-se entre os hábitos de vida que apenas o consumo de álcool, fumo, sal e gordura foram reduzidos. Essa mudança de hábitos pode ter sido influenciada pelas ações desenvolvidas no programa pela equipe de saúde da família. Entre as estratégias para o tratamento da DM e HAS, é de fundamental importância, que os pacientes sejam estimulados, ininterruptamente, a adotar hábitos saudáveis de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gordura saturada e de bebida alcoólica).

Ao serem questionados se sabiam quais os efeitos colaterais dos medicamentos prescritos, 94,2% dos pacientes pesquisados não tinham conhecimento sobre o efeito colateral dos medicamentos que usavam. Entre os que demonstraram saber, as respostas foram: enfraquecem os ossos, problemas nos rins, dor de cabeça e tontura. Esses achados são preocupantes, por ser grande quantidade de pacientes que desconhecem os efeitos colaterais dos medicamentos que necessitam tomar continuamente. E conhecer o efeito colateral da medicação é um fator fundamental para a continuidade do tratamento, bem como para buscar ajuda em caso de reações que podem comprometer ainda mais a sua saúde.

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso está relacionado aos efeitos colaterais dos medicamentos, porém, raramente, são questionados durante o atendimento pela equipe multiprofissional. Podemos deduzir que na unidade Jacobina IV estas informações sobre os efeitos colaterais dos medicamentos não estão sendo ofertadas aos pacientes, podendo de fato interferir na adesão ao tratamento.

O IMC verificado neste estudo leva a inferir que existe a necessidade iminente de realização de atividades na UBS

que estimulem hábitos de vida saudável nesta população, entre eles a atividade física. Sendo assim, aponta-se a pertinência de incentivo da unidade, através de equipe multidisciplinar, a esta população quanto à realização de atividades de promoção da saúde.

Essa pesquisa demonstrou uma maior prevalência de mulheres e idosos entre os cadastrados no programa e quanto à cor 65,4% se autodenominam pardos. Pode-se destacar que houve uma maior predominância de uso de álcool, assim como a não realização de atividade física no sexo masculino, apontando este como o grupo mais vulnerável no estudo.

Em relação ao nível de conhecimento dos pacientes sobre a patologia verificou-se que 58,5% destes não sabiam definir sua patologia ou as complicações decorrentes da falta de controle da DM ou HAS. Entre as mulheres, apesar de ser o grupo que mais frequenta a UBS, o percentual das que não tinham conhecimento sobre a patologia foi ainda maior, três em cada quatro mulheres. Salientamos que estes sujeitos foram caracterizados, em seu perfil socioeconômico, como uma população de baixa renda/escolaridade.

Preocupa a alta prevalência (94,2%) de pacientes que desconhecem os efeitos colaterais dos medicamentos prescritos, por ser este um fator de descontinuidade do tratamento, entretanto este desconhecimento pode estar relacionado diretamente com as ações de promoção à saúde. Estas devem ser realizadas pela equipe da unidade já que interferem diretamente na adesão ao tratamento.

No entanto, entre os 99% dos entrevistados, que realizavam tratamento medicamentoso, 75% afirmaram tomar os medicamentos nos horários prescritos. É possível que a adesão deva-se à crença demonstrada no tratamento prescrito pelo médico e na confiança estabelecida com a equipe. Também chama atenção o fato de que 70% das mulheres e 91,7% dos homens afirmaram apresentar melhora dos problemas de saúde após cadastro no programa.

Outro fato de extrema importância para a adesão ao tratamento medicamentoso é o fornecimento dos medicamentos na unidade, através do HIPERDIA, pois a maioria dos medicamentos prescritos para estes pacientes devem ser disponibilizados, de modo a atingir os objetivos do programa. A distribuição de medicamentos torna-se imprescindível para esta população por se tratar de uma população de baixa renda.

Quanto ao hábito tabagista, constatou-se que o uso do tabaco é 50% maior entre as mulheres. Porém, pode-se considerar uma conquista do programa o fato de que, após o cadastro, houve uma redução de 50% nestes hábitos em ambos os sexos.

Entre as mulheres o sedentarismo é menor e 47,5% afirmam praticar atividade física, embora no momento do cadastrado no programa o percentual referido como prática de atividades físicas fosse maior. O quadro é inverso quanto às modificações nos hábitos alimentares, já que 91,6% dos homens modificaram os hábitos alimentares após ingresso

no programa, sendo bastante significativa a redução de gordura (77,8%), açúcares e doces (22,2%), e sal (18,8%). Ressaltamos que as modificações apontadas na pesquisa são as que mais agravam as suas patologias. Chama atenção, o fato de que entre os homens que realizaram mais mudanças alimentar 97% eram casados, ou seja, tinham uma mulher como cuidadora.

Os dados acima podem estar relacionados com o alto percentual de pacientes com o IMC acima dos padrões normais. É preocupante também a vulnerabilidades dos sedentários para desenvolver doenças cardiovasculares, já que muitos afirmaram, no momento do cadastro, terem antecedentes familiares com doenças cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

1. Bersusa AAS, Pascalicchio AE, Pessoto UCO, Loureiro MM. Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(3):513-22.
2. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde: 2004. 64 p.
3. Ohara ECC, Saito RXS. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade.** 2 ed. São Paulo: Martenare; 2010.
4. Brasil, Portal de Saúde SUS: HIPERDIA. Brasília: 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807>. Acesso em: 25/05/2012.
5. Silva EL, Menezes EMI. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 3 ed. **Rev. Atual. Florianópolis:** Laboratório de ensino a distância da UFSC; 2001.
6. DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [citado 2012 jul 12]. Número de Diabéticos, Hipertensos e Diabéticos com Hipertensão por sexo, tipo e risco. Agrupado município (Jacobina-BA), período de 01/1999 até 07/2012. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>.
7. Oliveira NB, Lange C. Perfil dos pacientes cadastrados no HIPERDIA da equipe III na Estratégia Saúde da Família do município de Herval-RS. **Rev. enferm. saúde,** Pelotas (RS). 2011 jan-mar;1(1):91-98.
8. Lessa Í, Magalhães L, Araújo JMJ, Filho NA, Aquino E, Oliveira M. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA). **Arq Bras Cardiol.** 2006;87(6):747-756.
9. Lima TM, Meiners MMA, Soler O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde.** 2010;1(2):113-120.
10. Borba TB, Muniz RM. Sobrepeso em idosos Hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia da Unidade

- Básica de Saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS). 2011 jan-mar;1(1):69-76.
11. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF. et al. Perfil sociossanitário 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.
12. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz MD, Holanda SD. **Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar**. Fortaleza: 2005.
13. Marcon RB. **Avaliação do estado nutricional de usuários participantes do HIPERDIA em uma ESF**. Criciúma, SC: Criciúma; 2010.
14. Dallacosta FM, Dallacosta H, Nunes AD. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba. jan./jun. 2010;1(1):45-52.
15. Knuth AG, Bacchieri G, Victora CG, Hallal PC. Changes in physical activity among Brazilian adults over a five-year period. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009 (prelo). IN: Bielemann RM, Knuth AG, Hallal PC. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. 2010;15(1):9-14.
16. Tomazoni T, Siviero J. Consumo de potássio de idosos hipertensos participantes do Programa Hiperdia do município de Caxias do Sul, RS. **Rev Bras Hipertens**. 2009;16(4):246-250.
17. Coordenação Nacional de hipertensão e Diabetes – CNHD. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: morbidade autoreferida segundo o vigitel, 2009, cadastro de portadores do sis-hiperdia 2010. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2011.
18. Strelec MAAM, Pierin AMG, Junior DM. A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. 2003;81(4):343-8.
19. Zanetti, ML. Biaggi, MV. Santos, MA. Péres, DS. Teixeira, CRS. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev Bras Enferm**, Brasília. 2008 mar-abr;61(2):186-92.
20. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz M, Holanda SD. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**. 2005 Jul-Set;14(3):332-40.
-

Endereço para correspondência:

Cleuma Sueli Santos Suto
Rua Paissandú nº 41, Campo Limpo, CEP: 44034062
Feira de Santana, Bahia-Brasil
Tel. 041(75) 9193-3606
E-mail:cleuma.suto@yahoo.com.br