

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM**  
**SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TIAGO SPIZZIRRI PEREIRA**

**CONTRIBUIÇÕES DO HIPERDIA NO CONTROLE DOS PACIENTES**  
**HIPERTENSOS**

**BELO HORIZONTE**  
**2013**

**TIAGO SPIZZIRRI PEREIRA**

**CONTRIBUIÇÕES DO HIPERTENSÃO NO CONTROLE DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS**

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

**Orientadora:** Daniele Falci de Oliveira

**BELO HORIZONTE  
2013**

**TIAGO SPIZZIRRI PEREIRA**

**CONTRIBUIÇÕES DO HIPERDIA NO CONTROLE DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS**

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

**Orientadora:** Daniele Falci de Oliveira

**Banca Examinadora**

Professora: Daniele Falci de Oliveira

Professora: Maria Dolôres Soares Madureira

**Aprovado em Belo Horizonte: 03/04/2013**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Município de Sarzedo pela oportunidade de trabalho.

Aos pacientes que tanto me ensinam e pelos quais quero aprimorar minhas habilidades como médico, cada vez mais. Eles foram o principal motivo para a realização da Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Aos tutores Patrícia Diniz, Maura Aparecida Soares, Maria Neide de Souza, Mila Lemos Cintra, Mateus Figueiredo Martins, Darlene Mara e a orientadora Daniele Falci de Oliveira pelo apoio e auxílio.

Aos meus pais Ronaldo Beltrão Pereira e Denise Magalhães Spizzirri Pereira e à Deus pela presença constante em minha vida.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
DeCS	Descritores de Ciências de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MERCOSUL	Mercado Comum dos Países da América do Sul
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOAS	Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição demográfica dos pacientes cadastrados na Equipe de Saúde da Família do Vera Cruz, no Município de Sarzedo, em junho de 2012.	<b>17</b>
<b>Tabela 2.</b> Perfil Epidemiológico dos pacientes cadastrados na Equipe de Saúde da Família do Vera Cruz, no Município de Sarzedo, em junho de 2012.	<b>18</b>
<b>Tabela 3.</b> Número total de artigos encontrados no LILACS para o termo de busca “hiperdia”, segundo periódicos.	<b>26</b>
<b>Gráfico 1.</b> Numero de artigos encontrados no LILACS para o termo de busca “hiperdia”, segundo ano de publicação.	<b>27</b>
<b>Gráfico 2.</b> Distribuição de artigos encontrados no LILACS para o termo de busca “hiperdia”, segundo aspecto clínico abordado.	<b>28</b>
<b>Quadro 1.</b> Aspectos principais analisados nos artigos sobre o Programa Hiperdia.	<b>29</b>
<b>Quadro 2.</b> Distribuição dos artigos excluídos da revisão integrativa.	<b>30</b>
<b>Quadro 3.</b> Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa.	<b>32</b>
<b>Quadro 4.</b> Síntese panorâmica dos estudos incluídos na revisão integrativa conforme escopo, método, resultado e considerações do artigo a questão norteadora	<b>35</b>

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família proporciona a atuação do profissional médico em uma equipe multidisciplinar e em contato diferenciado com os pacientes, sua família e a comunidade. A vivência do autor, médico em uma Equipe de Saúde da Família no município de Sarzedo, Minas Gerais, atentou-se para a alta prevalência de pacientes hipertensos e a necessidade de uma abordagem diferenciada a estes pacientes, que permitisse um melhor controle da pressão arterial sistêmica e, assim, uma melhora na qualidade de vida dessa população. O programa Hiperdia foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2002, no Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e ao *Diabetes Mellitus*, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde. Esse estudo objetiva descrever as contribuições do programa Hiperdia no controle de pacientes hipertensos. Utilizou-se uma revisão integrativa da literatura, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na base de dados LILACS, por meio de publicações em periódicos da área de saúde, pelo termo de busca Hiperdia. Os resultados apresentaram um total de 38 artigos e uma tese. A análise dos artigos encontrados mostrou que o assunto “Hiperdia” vem sendo mais estudado pela área Médica, já que 39,5% (n=15) dos 38 periódicos listados possuem a palavra “Medicina”. Observou-se que os trabalhos presentes nessa revisão sistemática foram publicados de 2005 a 2012, sendo recente a discussão do tema. Foram analisados 17 artigos sistematicamente de modo a descrever as concepções e características das possíveis contribuições do Hiperdia no controle dos pacientes hipertensos na Atenção Primária a Saúde. Em outros modelos de atenção ao hipertenso, como por exemplo, na consulta individual clássica, o percentual de pacientes que controlam adequadamente a pressão arterial é menor do que o dos pacientes atendidos no Hiperdia, mostrando um impacto bastante positivo da atuação do programa sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. A otimização da cobertura do programa Hiperdia deve, ao longo dos anos, resultar em melhorias na qualidade de vida da população, na sua morbimortalidade e no sistema de saúde brasileiro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão Arterial. Atenção Primária a Saúde. Hiperdia.

## ABSTRACT

The Primary Care Family Health provides the professional performance of Medicine in a multidisciplinary team and a differentiated contact with patients, their families and the community. The experience of the author, a doctor in a Family Health Team in the municipality of Sarzedo, Minas Gerais, looked up to the high prevalence of hypertensive patients and the need for a new approach to these patients, allowing better control of blood pressure and thereby an improved quality of life of the population. The program Hiperdia was created by the Ministry of Health in 2002, the Plan of Reorganization of Care for Hypertension and Diabetes Mellitus, setting goals and guidelines to expand prevention, diagnosis, treatment and control of these diseases, through the reorganization of work of health care. This study aims to analyze the contributions of the program Hiperdia in control of hypertensive patients. Used an integrative literature review, through the Virtual Health Library (BVS) in LILACS database, through publications in journals in the area of health, the descriptor Hiperdia. The results showed a total of 38 articles and one thesis. Analysis of titles showed that the subject "Hiperdia" has been the most studied area Medical, since 39.5% (n = 15) of the 38 journals listed have the word "medicine". It was observed that the works present in this systematic review were published from 2005 to 2012, it can be stated that the discussion of the topic is fairly recent. 17 articles were systematically analyzed in order to evaluate each of the concepts and characteristics of the possible contributions of Hiperdia in control of hypertensive patients in the Primary Health. The high rate of blood pressure control among patients treated at Hiperdia not been reported in other models of care to hypertensive patients, showing a very positive impact of the performance of the program on the treatment of hypertension. The optimization of the coverage of the program should Hiperdia, over the years, resulting in improvements in quality of life, morbidity and in its Brazilian health system.

**KEY WORDS:** Arterial Hypertension. Primary Health. Hiperdia.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Justificativa.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2. Objetivos.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.1. Objetivo geral.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.2. Objetivos específicos.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3. Metodologia.....</b>	<b>12</b>
<b>2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SARZEDO/MG.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1. Cenário histórico, demográfico e econômico da cidade de Sarzedo/MG.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2. Estratégia Saúde da Família em Sarzedo/MG.....</b>	<b>16</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1. Estratégia Saúde da Família.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo Hiperdia.....</b>	<b>21</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1. Caracterização dos artigos encontrados nos registros sobre Hiperdia.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2. Descrição dos artigos excluídos da revisão.....</b>	<b>30</b>
<b>4.3. Descrição dos artigos incluídos na revisão.....</b>	<b>32</b>
<b>4.4. Caracterização dos artigos em síntese panorâmica.....</b>	<b>35</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), na implantação do programa da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos agentes comunitários de saúde, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde". Esta discussão fundamenta-se nos eixos da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, dos princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde :

“[...] a expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo governo brasileiro e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade”. (Ministério da Saúde, 2009, P.1).

O autor desse estudo, médico, atua em uma Equipe de Saúde da Família, no município de Sarzedo/MG, há dois anos. Vivenciando os desafios de integrar um grupo de trabalho de composição heterogênea, com membros de diferentes formações e visões do processo saúde doença, este observou que as intervenções realizadas na abordagem de pacientes com patologias crônicas, apesar do esforço contínuo dos profissionais em implementar uma prática diferenciada, era na maioria das situações centradas na compreensão dos determinantes do processo saúde-doença da população, mas nem sempre acompanhadas de orientações para práticas de prevenção.

No decorrer do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família oferecido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) o autor conquistou ferramentas que fortaleceram a sua compreensão diferenciada sobre a realidade no seu contexto de trabalho, tornando ainda, seu olhar mais cuidadoso para a situação dos pacientes com hipertensão arterial que representam o grupo de maior percentual dentre os quadros clínicos atendidos na

rotina de trabalho da Equipe de Saúde da Família do Vera Cruz, no referido município de atuação. Observou-se especial interesse pelo programa Hiperdia - programa que faz parte de um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e a *Diabetes Mellitus* e estabelece metas e diretrizes para ampliar as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde.

Mediante este cenário, manifestou-se o interesse em concretizar este estudo, que possui a seguinte questão norteadora: Pacientes hipertensos, atendidos no Programa Hiperdia, apresentam um melhor controle da pressão arterial e maior aceitação de novos hábitos de vida do que os atendidos no sistema clássico de consulta individual?

### **1.1 Justificativa**

A hipertensão arterial sistêmica representa sério problema de saúde pública. Um grande número de pacientes hipertensos não consegue manter seus níveis de pressão arterial controlados. O controle inadequado da pressão, muitas vezes, ocorre pela falta de adesão ao tratamento, já que muitos pacientes não seguem a orientação dos profissionais de saúde sobre os remédios prescritos, nem realizam uma mudança nos hábitos de vida. Observa-se que muitos pacientes sequer retornam às consultas médicas regulares.

Uma das estratégias para enfrentamento desse problema foi a criação do Hiperdia. O Hiperdia é um programa que faz parte de um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e a *Diabetes Mellitus* e estabelece metas e diretrizes para ampliar as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde. As equipes multidisciplinares de Saúde da Família realizam o Programa Hiperdia, passando informações, esclarecendo dúvidas e orientando os pacientes sobre os riscos do não controle da pressão arterial e de não se seguir a prescrição médica de medicamentos e mudanças de hábitos. Não se sabe se os pacientes atendidos no Hiperdia apresentam melhor controle de pressão arterial do que os atendidos no sistema clássico de consulta individual (BOING e BOING, 2007).

Diante da exposição desta situação, associada às reflexões contextuais e ao aparato intelectual proporcionado pela Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,

suscitou no autor o interesse de conhecer cientificamente os resultados do Programa Hiperdia, já que este poderia ser uma opção de abordagem aos pacientes hipertensos.

Este estudo trará dados que demonstram a eficiência da participação dos pacientes no programa Hiperdia, possivelmente reforçando o impacto das atividades de Educação em Saúde. Os dados poderão ser utilizados em consultas futuras, como meio de justificar a adesão de mais pacientes ao programa Hiperdia.

Os pacientes com a pressão arterial controlada ganham em qualidade de vida e reduz-se a incidência de eventos mórbidos, como a aterosclerose. O estudo pode justificar a realização de maior número de eventos ou a implantação em outras unidades que ainda não o apliquem. A prática profissional relacionada à hipertensão poderá ser ampliada para além da prescrição medicamentosa, o controle ou mudança de hábitos de vida e a participação de eventos que tragam informações de educação em saúde. A educação em saúde é uma atividade de baixo ou nenhum custo e de envolvimento da equipe multidisciplinar, do paciente e sua família e da comunidade.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Levantar informações sobre o programa Hiperdia em relação ao controle de pacientes hipertensos.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

Descrever as contribuições do programa Hiperdia no controle de pacientes hipertensos.

Listar as atuais intervenções de Educação em saúde para a Hipertensão.

## **1.3 Metodologia**

A pesquisa em saúde, segundo Leopardi (2002), não é somente uma incorporação de conteúdo científico ao saber cotidiano, é um aprender a perceber, a sentir e a pensar.

Essas considerações acrescentam para a pesquisa em saúde um conhecer sobre o que ocorre no corpo dos indivíduos, na sua luta diária pela sobrevivência, e as relações subjetivas de cada ser humano.

Ainda conforme Leopardi (2002), a pesquisa exploratória descritiva é realizada a partir de levantamentos da produção científica, presentes em diferentes apresentações como livros, artigos científicos, dissertações, teses, dentre outros.

O trabalho descritivo abrange os aspectos amplificados do contexto social. Assim, é possível a análise da temática, além de sua ordenação e classificação.

As revisões de literatura necessitam de alguns padrões que assegurem sua qualidade metodológica como a utilização de métodos para assegurar a análise precisa e objetiva, a análise da teoria, dos resultados, métodos, sujeitos e das variáveis dos estudos, para fornecer aos leitores o máximo de informações sobre os estudos revisados (HULLEY *et al.*, 2003).

A questão do estudo é o primeiro passo para a revisão bibliográfica. O segundo passo consiste em definir a seleção dos estudos, sendo o mais indicado as bases de dados eletrônicas. O terceiro passo é uma avaliação crítica dos estudos, em que se utilizam critérios definidos para validar os trabalhos selecionados, através de avaliação crítica dos pesquisadores. O quarto passo consiste na coleta dos dados em que se caracterizam os estudos levantados e determinam sua possibilidade de comparação. O quinto passo é a análise e a apresentação dos dados, com agrupamento de estudos semelhantes em um mesmo grupo (HULLEY *et al.*, 2003).

Dentro desse contexto é evidenciado um direcionamento metodológico com a finalidade de conhecer as concepções e características sobre a temática em estudo, presentes na literatura. Este trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, por revisão bibliográfica de análise integrativa da produção científica brasileira sobre o Programa Hiperdia, com foco exclusivamente no controle da hipertensão arterial.

Foi realizada uma consulta à Biblioteca Virtual em Saúde na base Lilacs (<http://decs.bvs.br>), utilizando-se o termo de busca “hiperdia”.

Complementarmente, foi utilizado o Google Acadêmico (<http://scholar.google.com.br>) como fonte de pesquisa. A amostra foi caracterizada como do tipo não probabilística, de conveniência, constituída por publicações nacionalmente indexadas sobre a temática.

A fonte de busca orientou-se por base eletrônica, restrita a produção do conhecimento nacional, de língua portuguesa e inglesa, que correspondesse a publicações em revistas e

periódicos de medicina e áreas correlatas, demonstrando proximidade com a questão norteadora. A busca de artigos foi realizada no período de setembro a novembro de 2012.

Foram usados também como fontes livros textos e módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF): Processo de Trabalho em saúde (FARIA et al., 2009a), Modelo assistencial e atenção básica em saúde (FARIA et al., 2009b), Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010) e Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos (CORRÊA, VASCONCELOS e SOUZA, 2009).

Para o delineamento deste estudo foi definida como questão norteadora: Pacientes hipertensos, atendidos no Programa Hiperdia, apresentam um melhor controle da pressão arterial e maior aceitação de novos hábitos de vida do que os atendidos no sistema clássico de consulta individual?

A partir da questão dessa investigação foram considerados estudos que abordassem o controle da hipertensão arterial em pacientes cadastrados no programa hiperdia na Atenção Primária em Saúde. Ressalta-se que não foi colocado um limite temporal para a busca de publicações, com o objetivo de amplificar o período de início da produção do conhecimento científico desta temática.

No desenvolvimento da revisão integrativa foram selecionadas todas as publicações a partir do termo de busca. Procedeu-se a análise para caracterização dos estudos e pré-seleção quanto a sua pertinência a pergunta norteadora. Os passos utilizados para a verificação da aproximação do artigo com a temática da questão norteadora foram: leitura aprofundada de cada artigo, segregação dos mesmos quanto à aproximação da temática e a categorização desses estudos de acordo com os critérios metodológicos.

Posteriormente, decidiu-se sobre a inclusão e exclusão dos artigos pré selecionados e avaliados. Os elementos de caracterização dos períodos foram:

- Total de artigos identificados na busca, conforme fonte e ano de publicação;
- Exclusão de artigos;
- Inclusão de artigos para a revisão sistemática.

Quanto aos estudos incluídos por aproximação com a questão norteadora, analisaram-se os seguintes aspectos:

- Síntese panorâmica do conteúdo e da análise dos artigos incluídos;
- Delineamento de investigação (metodologia);

- Ano de publicação;
- Periódico de publicação;
- Considerações apresentadas à temática em estudo.

Objetivando facilitar a leitura e a identificação dos artigos optou-se pela atribuição do código  $E(n)$  para os excluídos e  $I(n)$  para os incluídos na revisão sistemática.

## **2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SARZEDO/MG**

### **2.1. Cenário histórico, demográfico e econômico da cidade de Sarzedo/MG**

O Município de Sarzedo, instalado oficialmente em 1º de janeiro de 1997, está situado em uma das regiões de maior desenvolvimento da Grande Belo Horizonte, limitando-se com o segundo maior polo automobilístico e industrial da América Latina, e principalmente estando a apenas doze quilômetros do principal corredor de desenvolvimento do Estado de Minas Gerais, que é o entorno da Rodovia Fernão Dias (BR 381), principal via de escoamento da produção e acesso aos países que formam o Bloco Econômico denominado MERCOSUL. Com extensão territorial de 62,4 km<sup>2</sup> possui limites com as cidades de Brumadinho, Mario Campos, Ibitaré e Betim, atualmente a cidade possui 39 Bairros, todos localizados na área definida como área urbana.

Segundo o Censo do IBGE, em 2000, Sarzedo tinha 17.274 habitantes nas áreas urbana e rural. Em 2006, a população da cidade foi para 23.241 habitantes. Entre 1997 e 2006, o crescimento da população do município foi de aproximadamente 80%. O município de Sarzedo possui a atividade industrial e de extração de minério como suas atividades econômicas mais importantes (IBGE, 2006).

O município conta com abastecimento de água de rede pública em 96,26% de sua área e em 3,73% o abastecimento de água da comunidade é feito por poço ou nascente. As casas são em 99,63% de estrutura de alvenaria. A coleta pública de lixo atende a 97,88% da população. Há energia elétrica em toda área urbana e em 96,49% da área rural.

### **2.2. Estratégia Saúde da Família em Sarzedo/MG**

A Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve início no ano de 2004 neste município, atualmente conta com sete equipes completas. Sarzedo possui uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mantida com os recursos do próprio Município.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) da regional Vera Cruz, no Município de Sarzedo, é composta por uma enfermeira, um médico - o autor deste estudo, dois técnicos de enfermagem e mais 12 agentes comunitários de saúde (ACSs). O atendimento abrange uma área de seis bairros: Vera Cruz, Liberdade I, Liberdade II, Santa Mônica, Santa

Cecília e Planalto, além de uma zona rural, denominada Lambari. Atualmente são 1369 famílias totalizando 4907 cadastrados, sendo 57 famílias (239 usuários) pertencentes a área rural.

Há um projeto de redistribuição da área de abrangência, sendo os bairros Santa Mônica e Santa Cecília inseridos então na ESF do Centro, com a transferência de cerca de 1100 cadastrados, o que possibilitará melhores condições de trabalho.

A Unidade Vera Cruz é nova e conta com três consultórios, a sala de Triagem, a sala de Vacina, sala de Curativos, dispensa para materiais de limpeza, recepção ampla, cozinha, banheiros masculino e feminino, separados, para utilização dos usuários e funcionários. Médicos pediatras atendem duas vezes por semana e ginecologista/obstetra uma vez por semana, com consultas previamente agendadas. Há uma farmácia própria com técnico para distribuição dos remédios e uma técnica em tempo integral na sala de Vacinas.

Na abrangência dos bairros atendidos pela Equipe de Saúde da Família do Vera Cruz estão presentes: uma escola municipal, uma escola estadual e duas creches.

A alta criminalidade e um alto índice de usuários de drogas são os maiores problemas enfrentados pela população.

Em relação aos usuários do Programa de Saúde da Família do Vera Cruz, em junho de 2012, 50% são do sexo feminino e 50% do sexo masculino, 398 são maiores de 60 anos, equivalente a 8,1% da população, e 34,4% são menores de 19 anos. O total de gestantes é de 45 mulheres, sendo seis menores de 15 anos.

**Tabela 1.** Distribuição demográfica dos pacientes cadastrados na Equipe de Saúde da Família do Vera Cruz, no Município de Sarzedo, em junho de 2012.

	≤ 1 ano	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais	TOTAL
<b>Masculino</b>	18	161	75	132	243	253	856	337	192	171	2438
<b>Feminino</b>	13	144	97	116	224	215	886	340	207	227	2469
<b>Total</b>	31	305	172	248	467	468	1742	677	399	398	4907

Fonte: Arquivo ESF Vera Cruz, Sarzedo, MG, 2012.

Doenças como *Diabetes mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são muito prevalentes com índices de 2,02% e 10,29% respectivamente. Foram contabilizados três

casos de Tuberculose (0,06%) e sete de Hanseníase (0,14%), sendo todos estes casos acompanhados pela equipe.

**Tabela 2.** Perfil Epidemiológico dos pacientes cadastrados na Equipe de Saúde da Família do Vera Cruz, no Município de Sarzedo, em junho de 2012.

	Alcoolismo	D. Chagas	Deficientes	Diabete	HAS	Hanseníase	TBC	Gestantes	Epilepsia
<b>População (%)</b>	20 (0,41)	2 (0,04)	34 (0,69)	99 (2,02)	505 (10,29)	7 (0,14)	3 (0,06)	45 (2,14)	13 (0,26)

Fonte: Arquivo ESF Vera Cruz, Sarzedo, MG, 2012.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1. Estratégia Saúde da Família**

A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil também denominada de Atenção Básica à Saúde (ABS), foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1978, como a atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. A APS é parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento do processo de atenção continuada à saúde (CONASS, 2007).

A APS constitui-se a porta de entrada do serviço e assim deve ser mais acessível a toda a população e o primeiro recurso a ser procurado; pode-se afirmar que na APS é que se dá o contato preferencial dos usuários e também das famílias e comunidades com os profissionais de saúde (CUNHA, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família é a estrutura fundamental para a viabilização da APS. Tem como campo de atuação um território definido, uma população adscrita e um processo de trabalho realizado em equipe (CONASS, 2007).

O território compreende um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. O trabalho da equipe, realizado em territórios, é uma estratégia fundamental da Atenção Básica à Saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), para descentralizar e melhor organizar os serviços, respeitando, sempre, as características locais. Objetiva-se em cada território dar autonomia aos dirigentes, bem como aos trabalhadores em saúde, para que juntamente à população conheçam os programas que mais se identificam às

necessidades daquela comunidade, para que possam planejar, implementar e gerenciar adequadamente os mesmos (SANTOS, 1990, *apud* FARIA *et al.*, 2009).

No território, os processos de trabalho em saúde não podem se basear apenas nos estudos da origem biológica, de ocorrência de doenças; é necessário que se conheçam onde, em quem, com que frequência, como e por que as doenças ocorrem. Necessário se faz conhecer as condições em que vivem as pessoas enfermas, o valor por elas atribuído a essas doenças e os prováveis fatores que condicionam e determinam o surgimento e a manutenção dessas enfermidades (SANTOS, 1990, *apud* FARIA *et al.*, 2009).

Outro conceito importante no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF) é o de população adscrita: aquela população sob a responsabilidade de uma determinada ESF no território. A definição de adscrição vem em consonância à recomendação do Ministério da Saúde (MS), de que cada equipe deve ser responsável por uma população entre 2.400 e 4.000 pessoas (CUNHA, 2010).

As famílias são à base de toda a atenção e trabalho realizado. Devem-se conhecer suas realidades para melhor entendê-las. A melhor maneira de conhecê-las em sua inteireza é conhecer onde vivem, onde residem. Daí a importância da visita domiciliar. Segundo Faria *et al.* (2010), a visita domiciliar é uma ação importante no sentido de promover a reorientação do modelo de atenção na medida em que inverte a lógica dos serviços de saúde que até então apresentavam postura passiva ao esperar que os usuários procurassem de maneira voluntária pela via da demanda espontânea às unidades de saúde.

Em geral, são realizadas pelos ACS e, de forma planejada, pelos demais profissionais da equipe de Saúde da Família. Assim, a nova organização da unidade de saúde, voltada para seus usuários, proporciona a aproximação dos profissionais e das famílias, em que aqueles conhecem todas as condições às quais as pessoas estão expostas. Além de se ter o conhecimento de onde e como vivem os usuários, criam-se facilidades para melhor diagnóstico e implementação das ações propostas pela equipe.

Além dos princípios norteadores do trabalho na Saúde da Família: atuar em território definido, responsabilizar-se por uma população adscrita, ter como unidade de atenção as famílias, e não os indivíduos isolados, outro princípio essencial é trabalhar em equipe. Por isso, caracteristicamente, o trabalho em equipe também se apresenta como diretriz operacional cujo conhecimento é de fundamental importância para a consolidação da

estratégia de Saúde da Família na medida em que define de certa forma, o processo de trabalho dos grupos profissionais nela inseridos (CUNHA, 2010).

A “equipe mínima”, de acordo com o MS, está composta por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Atualmente, as equipes de Saúde Bucal estão regulamentadas e implantadas, bem como atuação dos profissionais do NASF, incorporados à equipe de acordo com a demanda em nível local.

O trabalho em equipe objetiva o cuidado pleno com a saúde das pessoas, por meio da interação de todos os membros para ações integrais, embora se reconheçam diferenças de ideologias e condutas entre os profissionais (CUNHA, 2010).

Na construção do projeto de Saúde da Família é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade e se comuniquem sobre este projeto.

Para Fortuna *et al.* (2005, p.262) “ [...] a comunicação, a aprendizagem, as relações de poder, o sentimento de pertencer, a pertinência entre as ações realizadas e a finalidade da equipe podem ajudar a equipe a se conhecer, analisar-se e ir se construindo como equipe”.

De acordo com Matos (2009, p.863), o trabalho em equipe, “aproxima-se de novas formas de organização do trabalho, favorecendo o vínculo, o acolhimento, o acesso e contribuindo para a efetivação do Sistema Único de Saúde”.

### **3.2. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hipertensão**

Conforme o Ministério da Saúde (2009), as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Valores de pressão arterial elevados, principalmente quando acompanhados de tabagismo, diabetes e dislipidemia, estão relacionados à maior incidência de eventos mórbitos, como a aterosclerose, que se manifesta por cardiopatia isquêmica, acidente cerebrovascular e doenças vasculares, renal e periférica, responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta em plena fase laboral (30 a 69 anos) e por 40% das aposentadorias precoces (NOGUEIRA *et al.*, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica representa sério problema de saúde pública, com uma prevalência que atinge mais de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ao quadro da hipertensão arterial sistêmica (HAS) associa-se uma multiplicidade de fatores como longo curso assintomático, evolução clínica lenta e permanente, além do aparecimento de complicações. A Hipertensão Arterial é definida como “pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No ano de 2000, a hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* corresponderam a mais de 27% dos óbitos em consequência de doenças do aparelho circulatório (MS, 2002). Ainda sobre essas doenças crônicas, o quadro crônico representa um grave problema em muitos países pela incapacidade, perda de produtividade e morte prematura. Por outro lado, o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial levou à redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais em diversos ensaios clínicos (BUSNELLO *et al.*, 2001). Portanto, a prevenção dessas doenças no nível de atenção básica a saúde contribuiria com a redução das sequelas e complicações, além dos efeitos econômicos adversos para as famílias e a sociedade.

Cerca de 40% dos pacientes hipertensos não conseguem manter níveis de pressão arterial controlados. No Brasil, essa parcela é ainda maior, atingindo valores de 70% a 89% em diferentes estudos (TRES *et al.*, 2009; ROSÁRIO *et al.*, 2009). A maior razão para o controle inadequado é a falta de adesão ao tratamento, uma vez que um percentual considerável de remédios prescritos por médicos e recomendações de mudança nos hábitos de vida não são acatados por muitos pacientes. Apenas 22% dos doentes seguem todas as orientações médicas, como os horários para tomar os remédios e alterações no estilo de vida (SILVA *et al.*, 2000). Na prática clínica, observa-se que muitos pacientes sequer retornam às consultas médicas regulares.

Uma das grandes dificuldades dos portadores de hipertensão em aderir ao tratamento é entender por que devem utilizar diariamente diversos comprimidos e sofrer com efeitos colaterais para controlar um problema que não apresentou sintomas (MANFROI e OLIVEIRA, 2006).

No entanto, quando diagnosticadas precocemente a doença é bastante controlável, oferecendo múltiplas chances de se evitar complicações futuras. Por isso, investir na pre-

venção é decisivo para melhorar a qualidade de vida do paciente e ainda, para evitar a hospitalização e seus conseqüentes gastos.

A regularidade e a qualidade da comunicação clínica são determinantes na obtenção dos resultados esperados, uma vez que pacientes bem informados sobre o prognóstico e opções de tratamento – incluindo benefícios e efeitos adversos – estão mais dispostos a aderir às recomendações. A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento (PAIVA *et al.*, 2007). O aumento na conscientização e tratamento da HAS, apesar de ainda manter um número relativamente baixo de indivíduos sob o controle desejado, tem um impacto epidemiológico importante, com reduções drásticas na morbimortalidade atribuída a doença.

Dessa forma, o Ministério da Saúde, em articulação com as sociedades científica (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), as Federações Nacionais dos portadores de Diabetes e de Hipertensão, as Secretarias Estaduais de Saúde, através do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e as Secretarias Municipais de Saúde através do Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (CONASEMS) apresentou o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e ao *Diabetes Mellitus*.

O Hiperdia foi criado por meio Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002, por meio do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde. Trata-se de reuniões voltadas para hipertensos e diabéticos acompanhados em unidades de saúde, nas quais esses pacientes recebem orientação sobre suas doenças, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento. O Hiperdia possui um sistema informatizado que permite o cadastramento desses pacientes e assim, facilita o seu acompanhamento, além de, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico da população assistida naquela determinada unidade de saúde (SILVA *et al.*, 2012).

O programa Hiperdia como ser classificado como um programa de ação programática em saúde. Segundo Ferreira, denomina-se:

“ações programáticas” a um conjunto de atividades que visam organizar as respostas dos serviços de saúde para os problemas ou necessidades frequentes de populações de determinado território. As ações

programáticas são instrumentos de planejamento e através delas os serviços de saúde buscam atender de uma forma sistematizada a situações comuns, sejam elas de natureza preventiva, de diagnóstico precoce, de tratamento, de reabilitação, de promoção da saúde ou situações de maior risco ou vulnerabilidade.(Ferreira,2004,p.9)

O propósito do programa Hiperdia é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático. Para que haja esse engajamento, é importante que haja vínculo suficiente entre médico e paciente. Nos hospitais públicos brasileiros (serviços terciários) e em muitos centros de especialidade (atenção secundária), os pacientes acabam ficando vinculados ao serviço, e não a um médico ou profissional de saúde específico (MANFROI e OLIVEIRA, 2006).

Evidentemente, os tratamentos adequados às doenças crônicas como a hipertensão arterial envolvem uma multiplicidade de fatores, que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas que supram essa complexidade. Com o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, que reorganiza a prática assistencial em novas bases, em substituição ao modelo tradicional de assistência, não só o paciente, mas toda a família está vinculada a um médico e a uma equipe de saúde específica, o que facilita o acompanhamento do quadro.

A atenção primária ao hipertenso, quando centrada na família, percebida a partir de seu ambiente físico e social possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Dessa forma, a atuação é integrada, com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, com medidas preventivas primárias e atendimento à hipertensão arterial. As estratégias para a implantação de medidas preventivas dependem da atuação de equipes interdisciplinares, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde. O acesso do paciente a esses serviços e a qualidade do trabalho desenvolvido também interferem na adesão ao tratamento (MANFROI e OLIVEIRA, 2006).

Definidas como ações prioritárias aos grupos de risco, foram determinadas pela Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS), de janeiro de 2001, as ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família dirigidas principalmente aos pacientes hipertensos, incluindo acompanhamento rigoroso e assistência multiprofissional. A abordagem por uma equipe interdisciplinar contribui para oferecer ao paciente e à comu-

nidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotarem mudanças nos hábitos de vida e aderirem ao tratamento (AMARAL e PERASOLLO, 2012).

Os grupos de hipertensos tiveram início na década 1970 nos Estados Unidos, com o objetivo principal de monitorar a adesão ao tratamento com efetivo controle da pressão arterial. A troca de experiências entre os membros do grupo, identificados pela condição comum da doença, exerceria ainda grande efeito terapêutico sobre eles (NOBRE, 2001). Uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde ao hipertenso é garantir a adesão do indivíduo ao tratamento. O desenvolvimento de estudos que analisem o controle da pressão arterial, bem como o conhecimento de seus resultados, torna-se uma ferramenta indispensável ao trabalho do profissional de saúde que atua nessa área. Entretanto, embora vários autores tenham publicado artigos sobre o tema em diversos países, na América Latina e, em especial, no Brasil, esses estudos ainda são muito escassos (GOMES *et al.*, 2010).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. Caracterização dos artigos encontrados nos registros sobre Hiperdia

Na base de dados LILACS, selecionada na Biblioteca Virtual da Saúde, com o termo de busca “hiperdia” foram encontrados 38 artigos e uma tese. Na Tabela 3, verifica-se o total de artigos encontrados na busca realizada, por nome do periódico.

**Tabela 3.** Número total de artigos encontrados no LILACS para o termo de busca “hiperdia”, segundo periódicos.

LILACS	38
Rev. Gaucha Enferm.	4
Rev. Bras. Hipertens.	4
Ciênc. saúde coletiva	3
Cogitare enferm.	2
Nursing (São Paulo)	2
Rev. para. Med.	2
Acta paul. Enferm.	1
Arch. Latinoam. Nutr.	1
Arq Bras Endocrinol Metabol.	1
Braz J Otorhinolaryngol.	1
Cad Saude Publica	1
Divulg. Saúde debate	1
Espaç. Saúde ( <i>Online</i> )	1
Estud. interdiscip. Envelhec.	1
Odontol. clín. Cient.	1
Online braz. j. nurs. ( <i>Online</i> )	1
<i>Physis</i> (Rio J.)	1
Rev Assoc Med Bras	1
Rev Salud Publica (Bogotá)	1
Rev. APS	1

Rev. Soc. Bras. Cli. Méd.	1
Rev. bras. Ativ. Fis. saúde	1
Rev. bras. Crescim. Desen. hum	1
Rev. bras. Plantas med.	1
Rev. Eletrônica enferm.	1
Rev. Enferm. UERJ	1
Texto & contexto enferm.	1

Fonte: LILACS (BVS) Acesso: novembro de 2012

A análise dos títulos dos periódicos mostrou que o assunto “hiperdia” vem sendo mais estudado pela área Médica, já que 39,5% (n=15) dos 38 periódicos listados possuem a palavra “Medicina”. Destes, sete artigos estão em periódicos de áreas especializadas da Medicina; com quatro trabalhos publicados em um periódico sobre Hipertensão arterial. Os trabalhos em periódicos com títulos relacionados à área de Enfermagem foram 13. Os artigos publicados em periódicos relacionados à Saúde Pública totalizaram sete. Quanto ao ano de publicações dos artigos selecionados, o período de publicação iniciou-se em 2005 e finaliza no ano de 2012, como mostra o gráfico abaixo:

**Gráfico 1.** Numero de artigos encontrados no LILACS para o termo de busca “hiperdia”, segundo ano de publicação.



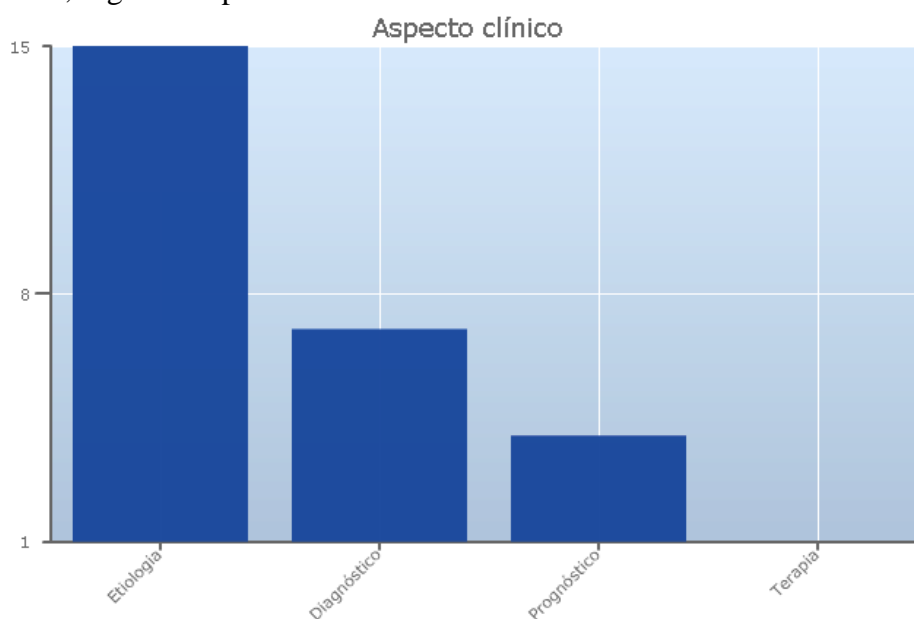
Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, 2012.

Observou-se que os trabalhos presentes nessa revisão sistemática foram publicados de 2005 a 2012, ou seja, pode-se afirmar que a discussão do tema é bastante recente, como também é recente a introdução do programa Hiperdia na Atenção Básica à Saúde visto que o mesmo foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2002, no Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e ao *Diabetes Mellitus*. Também é importante ressaltar que a ESF foi regulamentada em 1994. Nos anos de 2005 e 2007 foi encontrado apenas um trabalho por ano, ao utilizarmos como termo de busca a palavra “Hiperdia”.

Observou-se um destaque no ano de 2009, quando foram publicados 13 artigos (34% do total dos trabalhos), indicando o crescimento do interesse do estudo desse assunto, já que nos anos de 2008 e 2010 foram publicados sete trabalhos por ano. Em 2011 e 2012, os números foram de seis e quatro trabalhos publicados, respectivamente.

Quanto ao aspecto clínico, observou-se que os estudos agrupavam-se em três grupos distintos, sendo eles, 15 artigos contemplando a etiologia das doenças crônicas *diabetes mellitus* e hipertensão arterial, sete sobre o diagnóstico destas doenças e quatro sobre o prognóstico. Um total de 12 trabalhos era direcionado a questões específicas, como, por exemplo, o sistema de informática utilizado para o programa Hiperdia, e não se enquadravam nos três grupos descritos. O gráfico 2 ilustra esta distribuição:

**Gráfico 2.** Distribuição de artigos encontrados no LILACS para o termo de busca “hiperdia”, segundo aspecto clínico abordado.



Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, 2012.

Os resumos dos 38 artigos foram lidos e a partir da leitura foram selecionados aqueles cujos títulos e/ou resumos tinham o Programa Hiperdia na Atenção Primária em Saúde como o objeto principal de estudo ou como uma de suas questões centrais de análise.

O título da tese existente na base de dados LILACS foi: “Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005”, de autoria de Ana Lúcia de Sá Leitão Ramos, sob o código Tese [LILACS ID: lil-527597]. Esta tese foi selecionada para este estudo devido ao seu título ser pertinente à questão norteadora.

A análise dos títulos e resumos artigos foi baseada no estudo das possíveis contribuições do Hiperdia relacionados ao atendimento do objetivo do programa, aperfeiçoamento da equipe (agentes), efeito sobre os pacientes tratados (objetos) e metodologias utilizadas (meios).

O Quadro 1 sintetiza os aspectos principais analisados nos artigos.

**Quadro 1.** Aspectos principais analisados nos artigos sobre o Programa Hiperdia.

<b>Situação</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Agentes</b>	<b>Objetos</b>	<b>Meios</b>
Realização e contribuições de um grupo operativo (HIPERDIA) na ESF	Propiciar a interação entre portadores de determinado agravo à saúde para troca de experiências e suporte emocional.	Profissionais de nível superior que compõem a equipe e os membros do grupo.	Grau de conscientização do usuário sobre sua condição de saúde	Espaço para reunião; material de consumo (para atividades manuais ou lúdicas); conhecimento sobre o funcionamento de um grupo operativo; habilidade para trabalho com grupos.

Após avaliação dos títulos, leitura dos resumos e análise dos artigos verificou-se que 45% (n=17) dos trabalhos apresentaram pertinência a questão norteadora da pesquisa. Os estudos excluídos da revisão integrativa perfizeram 55% (n=21).

## 4.2. Descrição dos artigos excluídos da revisão integrativa

Os artigos excluídos estão descritos quanto a autor, título, periódico e ano em que foram publicados, no Quadro 2:

**Quadro 2.** Distribuição dos artigos excluídos da revisão integrativa.

ID	AUTOR	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
<i>E<sub>1</sub></i>	Santos, M.M.; Nunes, M.G.S.; Martins, R.D.	Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes	Rev. bras. plantas med.	2012
<i>E<sub>2</sub></i>	Montenegro-Neto, Nóbrega, A.; Silva-Simões, M.M., Oliveira; Dantas, A.C.; Portela, Silva, A. da; Queiroz, M.S.R.; Cunha-Montenegro, R.; Knackfuss, I.M.	The correlation between anthropometric measurements and biochemical cardiovascular risk markers in the hypertensive elderly	Rev Salud Publica (Bogota)	2011
<i>E<sub>3</sub></i>	Sousa, M.G.M.; Costa, A.L.L.; Roncalli, A.G.	Clinical study of the oral manifestations and related factors in type 2 diabetics patients	Braz J Otorhinolaryngol	2011
<i>E<sub>4</sub></i>	Rodrigues, A.N.; Szymaniak, N.P.; Andrade Sobrinho, J.	Influência das dermatoses na qualidade de vida do portador de diabetes mellitus	Ciênc. Saúde Coletiva	2010
<i>E<sub>5</sub></i>	Ferreira, C.L.R.A.; Ferreira, M.G.	Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia	Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.	2009
<i>E<sub>6</sub></i>	Cabral, N.A.L.; Ribeiro, V.S.; França, A.K.T.C.; Salgado, J.V.L.; Santos, A.M. dos; Salgado Filho, N.; Silva, A.A.M. da	Cintura hipertrigliceridêmica e risco cardiometabólico em mulheres hipertensas	Rev Assoc Med Bras	2012
<i>E<sub>7</sub></i>	Moreira, T.M.M.; Gomes, E.B.; Santos, J.C. dos	Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus	Rev Gaucha Enferm	2010
<i>E<sub>8</sub></i>	Montenegro-Neto, Nóbrega, A.; Silva-Simões, M.M., Oliveira; Dantas, A.C.; Portela, Silva, A. da; Queiroz,	Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos	Arch Latinoam Nutr	2008

	M.S.R.; Cunha-Montenegro, R.; Knackfuss, I.M.			
<i>E<sub>9</sub></i>	Ramos, L.; Ferreira, E.A.P.	Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2	Rev. bras. crescimento desenvolv. hum	2011
<i>E<sub>10</sub></i>	Lima, C. de T.; Kanno, D.T.; Gonsalles, M.C.R.; Assis, D.M.B.; Giancesella, E.M.F.	Diabetes e suas comorbidades no Programa de Saúde da Família Vila Davi em Bragança Paulista, SP	Rev. Soc. Bras. Clín. Méd	2010
<i>E<sub>11</sub></i>	Santos, M.F. dos; Nascimento, E.M. do; Almeida Pinto, T.C. de; Lins, R.D.U.; Costa, E.M. de B.M.; Granville-Garcia, A.F.	Abordagem odontológica do paciente diabético: um estudo de intervenção	Odontol. clín.-cient	2010
<i>E<sub>12</sub></i>	Bielemann, R.; Knuth, A.; Hallal, P.	Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde	Rev. bras. ativ. fís. saúde	2010
<i>E<sub>13</sub></i>	Najjar, E.C.A.; Najjar, J.A.; Ferreira, E.A.P.; Albuquerque, L.C. de	Análise dos pés de pacientes diabéticos atendidos em unidade de saúde	Rev. para. med	2009
<i>E<sub>14</sub></i>	Wachholz, P.A.; Masuda, P.Y.	Caracterização e prevalência de síndrome metabólica em idosos segundo dois critérios diagnósticos diferentes	Estud. interdiscip. envelhec	2009
<i>E<sub>15</sub></i>	Amaral, A.S.; Tavares, D.M. dos S.	Cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus	Rev. eletrônica enferm	2009
<i>E<sub>16</sub></i>	Morais, G.F. da C.; Soares, M.J.G.O.; Costa, M.M.L.; Santos, I.B. da C.	O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas	Rev. enferm. UERJ	2009
<i>E<sub>17</sub></i>	Pereira, J.G.; Fanhani, H.R.; Martins, S.R.; Huslmeyer, A.P.C.R.; Tasca, R.S.; Seixas, F.A.V.	Estudo comparativo da assistência ao paciente portador de Diabetes Mellitus na rede pública de saúde, entre municípios do estado do Paraná, Brasil, nos anos de 2004 e 2005	Espaç. saúde (Online)	2008
<i>E<sub>18</sub></i>	Audi, E.G.; Moreira, R.C.; Moreira, A.C.M.G.; Pinheiro, E. de F.C.; Mantovani, M.de F.; Araújo, A.G. de	Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem	Cogitare enferm	2011
<i>E<sub>19</sub></i>	Almeida, P.C. de; Almeida, M.E.F. de; Almeida, L.F. de	Antropometria e níveis pressóricos de indivíduos com hipertensão arte-	Nursing (São Paulo)	2009

		rial e diabetes mellitus		
<i>E<sub>20</sub></i>	Costa, S.M.; Barbosa, A.A.A.; Brito, E.W.G.	Caminhada, saúde e vida: fortalecendo as práticas corporais e atividades físicas do Grupo Viver	Divulg. saúde debate	2008
<i>E<sub>21</sub></i>	Albuquerque, N.M.C. de; Campos, B.P. de; Martins, L.L.M.; Silva, M.T. da P.; Pereira, V.T.	Epidemiologia do diabetes mellitus tipo II em pacientes atendidos no Centro Saúde Escola do Marco, em Belém-Pará	Rev. para. med	2005

### 4.3. Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa

Os artigos incluídos foram analisados sistematicamente de modo a avaliar em cada um as concepções e características das possíveis contribuições do hiperdia no controle dos pacientes hipertensos na Atenção Primária a Saúde.

A amostra definitiva dos artigos incluídos na revisão integrativa totalizou 17 trabalhos, listados a seguir:

#### Quadro 3. Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa.

ID	AUTOR	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
<i>I<sub>1</sub></i>	Carvalho, A.L.M.; Leopoldino, R.W.D.; Silva, J.E.G. da; Cunha, C.P. da	Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI)	Ciênc. saúde coletiva	2012
<i>I<sub>2</sub></i>	Paula, P.A.B. de; Stephan-Souza, A.I.; Vieira, R.C.P.A.; Alves, T.N.M.	O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia	Ciênc. saúde coletiva	2011
<i>I<sub>3</sub></i>	Coelho, P.V.; Brum, C. de A.	Interactions between antidepressants and antihypertensive and glucose lowering drugs among patients in the HIPERDIA Program, Coronel Fabriciano, Minas Gerais State, Brazil	Cad. Saúde Pública	2009
<i>I<sub>4</sub></i>	Lima, L.M. de; Schwartz, E.; Muniz, R.M.; Zillmer,	Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil	Rev Gaucha Enferm	2011

	J.G.V.; Ludtke, I.			
<i>I<sub>5</sub></i>	Zillmer, J.G.V.; Schwartz, E.; Muniz, R.M.; Lima, L.M. de	Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma Unidade Básica do Sul do Brasil	Rev Gaucha Enferm	2010
<i>I<sub>6</sub></i>	Lima, E.T.A. de; Muniz, I.G.; Santos, R.F.; Bezerra, S.M.M. da S.; Medeiros, C.C.M.; França, I.S.X. de	Correlação entre o número de hipertensos cadastrados no programa hiperdia e a ampliação da estratégia de saúde da família: estudo descritivo	Online braz. j. nurs. (Online)	2009
<i>I<sub>7</sub></i>	Contiero, A.P.; Pozati, M.P.S.; Challouts, R.I.; Carreira, L.; Marcon, S.S.	Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família	Rev Gaucha Enferm	2009
<i>I<sub>8</sub></i>	Sass, A.; Gravena, A.A.F.; Pilger, C.; Mathias, T.A. de F.; Marcon, S.S.	Depressão em idosos inscritos no programa de controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus	Acta Pau Enferm	2012
<i>I<sub>9</sub></i>	Jardim, A.D.I.; Leal, A.M.	Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005	Physis	2009
<i>I<sub>10</sub></i>	Miranzi, S. de S.C.; Ferreira, F.S.; Iwamoto, H.H.; Pereira, G. de A.; Miranzi, M.A.S.	Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família	Texto e Contexto Enferm	2008
<i>I<sub>11</sub></i>	Gomes, T.J. de O.; Silva, M.V.R. e; Santos, A.A. dos	Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa hiperdia em uma unidade de saúde da família	Rev. bras. hipertens	2010
<i>I<sub>12</sub></i>	Piati, J.; Felicetti, C.R.; Lopes, A.C.	Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense	Rev Brasil Hipertens	2009
<i>I<sub>13</sub></i>	Tomazoni, T.; Siviero, J.	Consumo de potássio de idosos hipertensos participantes do Programa Hiperdia do município de Caxias do Sul, RS	Rev Brasil Hipertens	2009
<i>I<sub>14</sub></i>	Chazan, A.C.; Perez, E.A.	Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do estado do Rio de Janeiro	Rev APS	2008
<i>I<sub>15</sub></i>	Boing, A.C.; Boing, A.F.	Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde	Rev Brasil Hipertens	2007
<i>I<sub>16</sub></i>	Moreira, T.M.M.; Silva, E.A. da; Oliveira, C.J. de; Abreu, R.N.C.D. de; Vas-	Caracterização dos pacientes acompanhados pelo Programa HIPERDIA em uma Unidade Básica de Saúde da Família em	Nursing (São Paulo)	2009

	concelos, F. de F.	Fortaleza		
<i>I</i> <sub>17</sub>	Oliveira, C.A. de; Palha, P.F.	Sistema de informações hiperdia, 2002-2004, adequação das informações	Cogitare enferm	2008

Os artigos incluídos foram englobados nos seguintes grupos temáticos:

- Grupo 1: Discussões sobre o sistema de informação (cadastro informatizado) utilizado no programa Hiperdia: *I*<sub>5</sub>, *I*<sub>6</sub>, *I*<sub>9</sub>, *I*<sub>14</sub>, *I*<sub>15</sub>, *I*<sub>17</sub>
- Grupo 2: Avaliação dos pacientes atendidos pelo programa: *I*<sub>1</sub>, *I*<sub>2</sub>, *I*<sub>3</sub>, *I*<sub>4</sub>, *I*<sub>7</sub>, *I*<sub>8</sub>, *I*<sub>10</sub>, *I*<sub>11</sub>, *I*<sub>12</sub>, *I*<sub>13</sub>, *I*<sub>16</sub>

O grupo 2 foi subdividido em:

- Grupo 2.1.: Quanto ao tratamento e à utilização de medicamentos: *I*<sub>1</sub>, *I*<sub>2</sub>, *I*<sub>3</sub>
- Grupo 2.2.: Quanto ao perfil nutricional: *I*<sub>12</sub>, *I*<sub>13</sub>

Em relação aos artigos que vertiam sobre o tema específico da hipertensão, dentro do programa hiperdia, foram selecionados: *I*<sub>3</sub>, *I*<sub>6</sub>, *I*<sub>7</sub>, *I*<sub>11</sub>, *I*<sub>12</sub>, *I*<sub>13</sub>, *I*<sub>16</sub>

Observou-se que a maioria dos trabalhos discute sobre a avaliação clínica dos pacientes atendidos pelo programa hiperdia (Grupo 2) (65%, n= 11) e, dentro desta área, a maior parte dos trabalhos preocupa-se com a hipertensão arterial (64%, n=7). Este dado pode ser diretamente correlacionado ao achado anterior, de que a maioria dos trabalhos nesta área pertence à área médica.

Tendo em vista a questão norteadora deste estudo, os artigos incluídos na avaliação da hipertensão arterial dos pacientes cadastrados no programa Hiperdia (*I*<sub>3</sub>, *I*<sub>6</sub>, *I*<sub>7</sub>, *I*<sub>11</sub>, *I*<sub>12</sub>, *I*<sub>13</sub>, *I*<sub>16</sub>) foram selecionados para uma caracterização mais detalhada.

#### 4.4. Caracterização dos artigos em uma síntese panorâmica

O Quadro 4 apresenta uma síntese de todos os artigos incluídos na pesquisa.

**Quadro 4.** Síntese panorâmica dos estudos incluídos na revisão integrativa conforme escopo, método, resultado e considerações do artigo a questão norteadora

<i>I<sub>n</sub></i>	Escopo	Método	Resultado	Considerações
<i>I<sub>3</sub></i>	Investigar a prevalência e descrever as possíveis interações de medicamentos mais freqüentes entre anti-depressivos e anti-hipertensivo-hipoglicemiantes do programa HIPERDIA de duas unidades básicas de saúde do Município de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil.	Estudo descritivo quantitativo	A prevalência do uso de antidepressivos em pacientes do HIPERDIA foi de 4,37% (29 de 663 cadastros analisados). Dos pacientes do HIPERDIA em tratamento com antidepressivos, 19 estão expostos a 47 interações, 23,4% delas ocorrem por mecanismos farmacocinéticos, 61,7% por mecanismos farmacodinâmicos de sinergismo e 15,9% interação das duas formas simultaneamente.	Complicações podem ser provocadas por interações entre fármacos e os profissionais prescritores podem não estar atentos a tal fato.
<i>I<sub>6</sub></i>	Correlacionar o número de hipertensos cadastrados no Hiperdia com a ampliação da estratégia de saúde da família entre os anos de 2000-2008.	Estudo descritivo quantitativo	O número de hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia apresentou um padrão de crescimento linear, com exceção em exceção em 2007, que apresentou diminuição. O número de equipes de saúde da família apresentou crescimento linear durante todo o período. O coeficiente de correlação demonstrou forte relação entre a ampliação da Estratégia da Saúde da Família e o aumento do número de hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia.	Confirmou-se que o incentivo para a ampliação da cobertura da Família Estratégia de Saúde parece fornecer uma maior atenção à saúde da população de hipertensos.
<i>I<sub>7</sub></i>	Caracterizar o perfil dos idosos hipertensos que não freqüentam as atividades do Hiperdia, identificar os possíveis fatores que interferem	Estudo descritivo qualitativo e quantitativo	Em uma amostra de 36 idosos a prevalência de não adesão ao programa foi de 8,5%. Estes idosos e seus familiares desconhecem sobre a doença e,	Existe a necessidade de desenvolver estratégias na assistência ao idoso para que ocorra uma comunicação efetiva entre equipe-idoso-família, e de

	na adesão a este programa e a participação das famílias no tratamento.		quando não existe dependência do idoso, a família não se envolve com o tratamento.	proporcionar a capacitação da equipe para desenvolver ações de educação em saúde.
<i>I<sub>11</sub></i>	Avaliar o controle da pressão arterial e fatores que nele interferem, em pacientes atendidos pelo programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família.	Estudo clínico epidemiológico quantitativo	Entre os pacientes entrevistados, 91% mantinham pressão arterial em valores adequados. O controle da pressão arterial foi observado com maior frequência em pacientes casados, com maior nível de escolaridade, aposentados, com menor número de medicamentos e comprimidos diários, maior tempo de tratamento e sem efeitos colaterais. As variáveis: sexo, idade e comorbidades não apresentaram influência estatisticamente significativa. Apenas 40% dos hipertensos cadastrados compareceram ao Hipertensão.	O controle da pressão arterial nos pacientes que compareceram ao Hipertensão é muito mais frequente que em relatos de outros modelos de atenção à saúde. Os fatores com influência estatisticamente significativa foram: nível de escolaridade, ocupação, estado civil, tempo de tratamento, número de medicamentos, número de comprimidos diários e principal efeito colateral. O número de pacientes cadastrados que se ausentaram do atendimento, entretanto, foi bastante elevado.
<i>I<sub>12</sub></i>	Avaliar o estado nutricional e conhecer os hábitos alimentares e o perfil sociodemográfico dos pacientes hipertensos, a fim de propor estratégias que visem ao controle e/ou à prevenção dos fatores de risco e das complicações cardiovasculares	Estudo transversal descritivo quantitativo	70% dos hipertensos possuíam antecedentes familiares de HAS. A maioria dos entrevistados (95%) fazia uso diário de medicamentos; 62% realizavam algum cuidado alimentar. A maioria dos indivíduos controlava a ingestão de alimentos ricos em sal, no entanto os alimentos gordurosos apresentaram consumo moderado (41,8%). O excesso de peso foi um fator de risco significativo para a HAS – os adultos apresentaram 73% e os idosos 48% de sobrepeso.	O cuidado alimentar adequado não estava sendo realizado corretamente e sugere-se acompanhamento nutricional efetivo por parte de profissional nutricionista para garantir o controle e/ou a prevenção das complicações cardiovasculares.
<i>I<sub>13</sub></i>	Avaliar o consumo dietético de potássio, comparando-o com as Recomendações de	Estudo transversal descritivo quantitativo	Não houve correlação entre o consumo de potássio e a diminuição da pressão arterial. O con-	O consumo de potássio não mostrou correlação com a diminuição da pressão arterial, apesar de

	Ingestão Diária (DRI's) e descrever o perfil alimentar dos avaliados		sumo de potássio revelou-se baixo $2,05 \pm 0,77$ g/dia em comparação com as DRI'S, 2004 (4,7 g/dia). 83,3% dos avaliados relataram desconhecer os benefícios do mineral, como meio auxiliar no tratamento da hipertensão arterial.	muitos estudos a relataram dentro desse contexto.
<i>I</i> <sub>16</sub>	Traçar o perfil dos pacientes acompanhados pelo programa HIPERDIA de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-Ceará. A amostra constou de 601 cadastros de pessoas acompanhadas pelo programa em 2004.	Estudo descritivo quantitativo	A idade predominante foi entre 50 e 69 anos (302) indivíduos e 71,27 por cento do sexo feminino. Quanto às complicações: AVC (5,82 % hipertensão (83,36%) e diabetes (25,95%), havendo sobreposição de doenças. Sobre o estilo de vida adotado: sedentarismo (61,8%) e tabagismo (11,48%). Acerca das medicações utilizadas encontrou-se captoril (278) e glibenclamida (84).	Os dados mostraram preocupantes, no que acredita-se que a inserção do educador físico e do nutricionista junto à participação dos enfermeiros e médicos no programa seria de grande valia.

Em relação ao escopo dos trabalhos incluídos nesta revisão integrativa, verificou-se que quatro deles (*I*<sub>6</sub>, *I*<sub>7</sub>, *I*<sub>11</sub>, *I*<sub>16</sub>) (57%) analisavam as possíveis contribuições do hiperdia no controle dos pacientes hipertensos, ou seja, estão diretamente relacionados à questão norteadora desse estudo.

Os três trabalhos restantes analisavam estado nutricional e hábitos alimentares (*I*<sub>12</sub> e *I*<sub>13</sub>) e a interação medicamentosa (*I*<sub>3</sub>) entre medicamentos utilizados no controle de hipertensão e diabetes, em pacientes que participavam do programa Hiperdia.

Pode-se dizer que todos os trabalhos objetivavam analisar se existe melhoria na qualidade de vida de pacientes que são atendidos pelo programa Hiperdia, justificando a implantação deste programa na atenção primária à saúde.

Quanto ao método utilizado para a elaboração dos artigos incluídos na revisão integrativa observou-se que:

*I*<sub>3</sub>, *I*<sub>6</sub>, *I*<sub>11</sub>, *I*<sub>12</sub>, *I*<sub>13</sub> e *I*<sub>16</sub> (86%, n = 6) utilizavam métodos quantitativos e somente um trabalho selecionado (*I*<sub>7</sub>) utilizava metodologia qualitativa e quantitativa.

Quanto aos resultados encontrados, pode-se afirmar que em todos os trabalhos de metodologia quantitativa houve comprovação estatística da eficiência do programa Hiperdia, como método de abordagem ao paciente hipertenso. No trabalho de metodologia também qualitativa observou-se que pacientes idosos e seus familiares que desconhecem a doença (hipertensão arterial) e não apresentam adesão ao programa Hiperdia apresentam maior dificuldade no controle da pressão arterial.

Os resultados dos estudos analisados mostraram, de forma geral, que o controle da pressão arterial nos pacientes que participam do programa Hiperdia é muito mais frequente do que em relatos de outros modelos de atenção à saúde. No entanto, ainda existe uma grande dificuldade de adesão dos pacientes ao programa. O artigo *I<sub>11</sub>* desta revisão integrativa ilustrou claramente esta situação. Este estudo foi analisado detalhadamente a fim de se obter um panorama do programa e de suas particularidades.

O trabalho avaliou o controle da pressão arterial e os fatores que nele interferem, em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família de Maceió, Alagoas entre maio e julho de 2009.

Este estudo mostrou o controle adequado da pressão arterial em 91% (182) dos 200 entrevistados, valor consideravelmente alto quando comparado a estudos anteriores, que relatam a parcela de hipertensos controlados como inferior a 30%, em diversos modelos de atenção à saúde. Entretanto, o número de sujeitos que compareceram à reunião mensal do Hiperdia correspondeu a apenas 40% do total de hipertensos cadastrados no programa. Dados de uma pesquisa realizada com 945 pacientes demonstraram que 533 (56%) abandonaram o acompanhamento ambulatorial ao seu tratamento e 412 (44%) seguiram em acompanhamento regular durante um período de 12 a 24 meses (BUSNELLO *et al.*, 2001).

Assim, a regularidade e a qualidade da comunicação clínica são determinantes na obtenção dos resultados esperados, uma vez que pacientes bem informados sobre o prognóstico e opções de tratamento - incluindo benefícios e efeitos adversos estão mais dispostos a aderir às recomendações (VINCENT *et al.*, 2002).

A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento (PAIVA *et al.*, 2007).

Ainda neste trabalho, analisaram-se as características biossociais dos pacientes cadastrados no Hiperdia com a pressão arterial controlada e não controlada. A maioria dos

pacientes foi do sexo feminino (61%), sendo maior esse predomínio entre os pacientes com pressão arterial controlada. Para essa variável, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Em relação ao estado civil, todos os pacientes que classificaram seu estado civil como “união estável” mantinha pressão arterial controlada. 46% dos entrevistados eram casados, e 98% deles possuíam pressão arterial adequada. A pressão arterial é mais bem controlada por esses pacientes do que por solteiros e divorciados. O nível de escolaridade também influenciou de modo significativo o controle da doença. 50% dos pacientes não controlados são analfabetos. Entre os hipertensos controlados, a taxa de analfabetismo cai para 19%. O controle da pressão arterial elevou-se em proporção ao nível de escolaridade, chegando a 100% entre aqueles com nível médio completo.

Estes dados comprovam que a vida social e familiar, a capacidade de compreender o esquema terapêutico, as indicações medicamentosas e as recomendações quanto às mudanças comportamentais podem estar diretamente relacionadas ao adequado controle da pressão arterial. Nesse sentido, é de fundamental importância que o médico esclareça, continuamente e em linguagem acessível ao nível de compreensão do paciente, conceitos básicos quanto ao significado da doença, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários, fármacos utilizados e seus potenciais efeitos colaterais. O programa Hiperdia surge como uma oportunidade real para a Equipe de Saúde da Família acompanhar regularmente os pacientes hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família, estabelecendo a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede e a implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial. Na rotina do Hiperdia são realizadas reuniões mensais, nas quais há atendimento médico, palestras e distribuição gratuita de medicamentos. Além disso, um grupo formado por pessoas portadoras do mesmo problema permite a troca de experiências comuns - esclarecendo as dificuldades individuais de cada um de seus membros - possibilita a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento dos indivíduos, como no caso do controle da pressão arterial.

Os fatores que se mostraram determinantes no controle dos níveis tensionais foram: o estado civil, o nível de escolaridade, a ocupação, o tempo de tratamento, o número de medicamentos e a presença de efeitos colaterais.

Pode-se afirmar que, tendo em vista as considerações obtidas nesta análise integrativa dos sete artigos selecionados, a literatura possui dados que comprovam a eficácia do

programa hiperdia, como ferramenta atuante no controle adequado da pressão arterial. A literatura possui também dados que caracterizam os pacientes cadastrados, quanto a seus aspectos clínicos, nutricionais e sociais, no entanto, faltam trabalhos com alternativas de busca e abordagem ativa sobre os pacientes que se ausentaram do atendimento.

O baixo índice de comparecimento ao Hiperdia foi um achado observado com frequência na literatura. Todavia, o alto índice de controle da pressão arterial entre os pacientes entrevistados não fora relatado em outros modelos de atenção ao hipertenso, mostrando um impacto bastante positivo da atuação do programa Hiperdia sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. A otimização da cobertura do programa Hiperdia deve, ao longo dos anos, resultar em melhorias na qualidade de vida da população, na sua morbimortalidade e no sistema de saúde.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através do trabalho apresentado, pode-se observar que a aplicação e eficiência do programa Hiperdia é um assunto que vem sendo bastante discutido, em relação ao controle de pacientes hipertensos. Pelos resultados satisfatórios obtidos no controle da pressão arterial de pacientes cadastrados no programa, nota-se a importância de se introduzir na Atenção Primária à Saúde, este modelo de programa que faça uma ligação ativa entre a Equipe de Saúde da Família, o indivíduo e a sua família.

Pacientes com hipertensão arterial controlada de forma adequada, com informações sobre a doença, podem melhor entender os benefícios e a extrema necessidade do tratamento contínuo, o que estará lhes proporcionando uma melhor qualidade de vida, evitando as mortes prematuras e contribuindo para o aumento da expectativa de vida.

As evidências apresentadas nesta revisão integrativa indicam que as orientações do Ministério da Saúde mostram-se adequadas em termos de efetividade, desde que o programa seja implantado adequadamente e que a Equipe de Saúde da Família consiga criar formas de adesão dos pacientes e gerenciar a permanência destes no programa.

## REFERÊNCIAS

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia /Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

ALBUQUERQUE, N.M.C. de; CAMPOS, B.P. de; MARTINS, L.L.M.; SILVA, M.T. da P.; PEREIRA, V.T. Epidemiologia do diabetes mellitus tipo II em pacientes atendidos no Centro Saúde Escola do Marco, em Belém-Pará. **Rev. para med.**, 2005.

ALMEIDA, P. C. de; ALMEIDA, M. E. F. de; ALMEIDA, L. F. de. Antropometria e níveis pressóricos de indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Nursing**, v. 1, n. 138, p. 510-516, 2009.

AMARAL, A.S.; TAVARES, D.M. dos S. Cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus. **Rev. eletrônica enferm.**, v. 11, n. 4, 2009.

AMARAL, D.M.D; PERASSOLO, M.S. Possíveis interações medicamentosas entre os anti-hipertensivos e antidiabéticos em participantes do Grupo HIPERDIA de Parobé, RS (Uma análise teórica). **Rev. ciênc. farm. básica apl.**, v. 33, n. 1, 2012.

AUDI, E. G.; MOREIRA, R. C.; Moreira, A. C. M. G.; PINHEIRO, E. de F. C.; MANTOVANI, M. de F.; ARAÚJO, A. G. de. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem. **Cogitare enferm.**, v. 16, p. 240-246, 2011.

BIELEMANN, R.; KNUTH, A.; HALLAL, P. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, v. 15, 2010.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev. bras. hipertens.**, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.

BUSNELLO, R. G.; MELCHIOR, R.; FACCIN, C.; VETTORI, D.; PETTER, J.; MOREIRA, L. B. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 76, n. 5, p. 349-51, 2001.

CABRAL, N. A. L.; RIBEIRO, V. S.; FRANÇA, A. K. T. da C.; SALGADO, J. V. L.; SANTOS, A. M. dos; SALGADO FILHO, N.; SILVA, A. A. M. da. Cintura hipertriglicéridêmica e risco cardiometabólico em mulheres hipertensas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 5, p. 568-573, 2012.

CAMPOS, F.C.C. de; FARIA, H.P. de; SANTOS, M.A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA, J. E.G. da; CUNHA, C.P. da. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, p. 1885-1892, 2012.

CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**; v. 11, n. 1, p. 10-16, 2008.

COELHO, P. V.; BRUM, C. de A. Interactions between antidepressants and antihypertensive and glucose lowering drugs among patients in the HIPERDIA Program, Coronel Fabriciano, Minas Gerais State, Brazil. **Cad. Saude Publica**; v. 25, p. 2229-2236, 2009.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **Atenção Primária e Promoção de Saúde**, Coleção Pro gestores. Para entender a Gestão do SUS, Brasília, 2007, 1ª edição.

CONTIERO, A. P.; POZATI, M. P. S.; CHALLOUTS, R. I.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaucha Enferm.**; v. 30, p. 62-70, 2009.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. de L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. NESCON/UFMG Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: COOPMED, 2009. 96p.

COSTA, S. M.; BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G. Caminhada, saúde e vida: fortalecendo as práticas corporais e atividades físicas do Grupo Viver. **Divulg. Saúde debate**; v. 42, p. 51-56, 2008.

CUNHA, K. A. da. **O trabalho em equipe e a estratégia de saúde da família: dilemas éticos**. TCC, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ª ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2009a. 68p.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ª ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2009b. 62p.

FARIA, H.P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**; v. 53, p. 80-86, 2009.

FERREIRA, S.; TAKEDA, S.; LENZ, M. L.; FLORES, R. **As ações programáticas em serviços de atenção primária a saúde**. Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária, Ministério da Saúde, 2004.

FORTUNA, C. M. MISHIMA, S. M; MATUMOTO, S; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. São Paulo: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, 2005.

GOMES, T. J. de O.; SILVA, M. V. R. e; SANTOS, A. A. dos. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa hiperdia em uma unidade de saúde da família. **Rev. bras. hipertens.**; v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2 ed. Porto Alegre, **Art. Med.**, 2003.

JARDIM, A. D. I.; LEAL, A. M. O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. **Physis**, v. 19, p. 405-417, 2009.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia de pesquisa na saúde**. 2 ed. Florianópolis, UFSC, Pós graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, C. de T.; KANNO, D. T.; GONSALLES, M. C. R.; ASSIS, D. M. B.; GIANESSELLA, E. M. F. Diabetes e suas comorbidades no Programa de Saúde da Família Vila Davi em Bragança Paulista, SP. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**; v. 8, 2010.

LIMA, E. T. A. de; MUNIZ, I. G.; SANTOS, R. F.; BEZERRA, S. M. M. da S.; MEDEIROS, C. C. M.; FRANÇA, I. S. X. de. Correlação entre o número de hipertensos cadastrados no programa hiperdia e a ampliação da estratégia de saúde da família: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs.**; v. 8, n. 3, 2009.

LIMA, L. M. de; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; ZILLMER, J. G. V.; LUDTKE, I. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaucha Enferm**; v. 32, p. 323-329, 2011.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam Com.**, v. 2, p. 165-176, 2006.

MATOS, E; PIRES, D. E. P. de; CAMPOS, G. W. de S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. São Paulo: **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Departamento de Atenção Básica**. (2009) Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 15/12/2012.

MIRANZI, S. de S.C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. de A.; MIRANZI, M. A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto & contexto enferm.**; v. 17, p. 672-679, 2008.

MONTENEGRO-NETO, A. N.; SIMÕES, M. O. da S.; MEDEIROS, A. C. D. de; PORTELA, A. da S.; DANTAS, P. M. da S.; KNACKFUSS, M. I. Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos. **Arch. Latinoam. Nutr.**; v. 58, p. 350-356, 2008.

MONTENEGRO-NETO, A. N.; SILVA-SIMÕES, M. O. da; MEDEIROS, A. C. D. de; PORTELA, A. da SILVA; R. de Q., M. do S.; CUNHA, R.; KNACKFUSS, M. The correlation between anthropometric measurements and biochemical cardiovascular risk markers in the hypertensive elderly. **Rev. Salud. Publica**; v. 13, p. 421-432, 2011.

MORAIS, G. F. da C.; SOARES, M. J. G. O.; COSTA, M. M. L.; SANTOS, I. B. da C. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Rev. enferm. UERJ**; v. 17, p. 240-245, 2009.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. dos. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev. Gaucha Enferm**; v. 31, p. 662-669, 2010.

MOREIRA, T. M. M.; SILVA, E. A. da; OLIVEIRA, C. J. de; ABREU, R. N. D. C. de; VASCONCELOS, F. de F. Caracterização dos pacientes acompanhados pelo Programa HIPERDIA em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza. **Nursing** (São Paulo); v. 11, p. 137-142, 2009.

NAJJAR, E. C. A.; NAJJAR, J. A.; FERREIRA, E. A. P.; ALBUQUERQUE, L. C. de. Análise dos pés de pacientes diabéticos atendidos em unidade de saúde. **Rev. para. med.**; v. 23, 2009.

NOBRE, F. **Adesão ao tratamento: o desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.

NOGUEIRA, D.; FAERSTEIN, E.; COELI, C. M.; CHOR, D.; LOPES, C. S.; WERNECK, G. L. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica.**, v. 27, p. 103-109, 2010.

OLIVEIRA, C. A. de; PALHA, P. F. Sistema de informações hiperdia, 2002-2004, adequação das informações. **Cogitare enferm**; v. 13, p. 395-402, 2008.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato. **Arq Ciênc Saúde**, v. 14, p. 88-94, 2007.

PAULA, P. A. B. de; STEPHAN-SOUZA, A. I.; VIEIRA, R. de C. P. A.; ALVES, T. N. P. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciênc. saúde coletiva**; v. 16, p. 2623-2633, 2011.

PEREIRA, J. G.; FANHANI, H. R.; MARTINS, S. R.; HUSLMeyer, A. P. C. R.; TASCA, R. S.; SEIXAS, F. A. V. Estudo comparativo da assistência ao paciente portador de Diabetes Mellitus na rede pública de saúde, entre municípios do estado do Paraná, Brasil, nos anos de 2004 e 2005. **Espaço. saúde (Online)**; v. 10, p. 7-15, 2008.

PIATI, J.; FELICETTI, C. R.; LOPES, A. C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Rev. bras. hipertens**; v. 16, p. 123-129, 2009.

RAMOS, A. L. de S. L. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no sistema de acompanhamento de hipertensos e

diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005. **Tese.**

RAMOS, L.; FERREIRA, E. A. P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum;** v. 21, p. 867-877, 2011.

RODRIGUES, A. N.; SZYMANIAK, N. P.; ANDRADE SOBRINHO, J. de. Influência das dermatoses na qualidade de vida do portador de diabetes mellitus. **Ciênc. saúde coletiva;** v. 15, supl.1, p. 1325-1332, 2010.

ROSÁRIO, T.M.; SCALA, L. C. N.; FRANÇA, G. V. A.; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, P. C. B. V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, p. 672-678, 2009.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990, *apud* FARIA H.P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio\\_virtual/bead/imagem/1792.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/1792.pdf). Acesso em 14/11/2012.

SANTOS, M. F. DOS; NASCIMENTO, E. M. DO; ALMEIDA PINTO, T. C. DE; LINS, R. D. U.; COSTA, E. M. DE B. M.; GRANVILLE-GARCIA, A. F. Abordagem odontológica do paciente diabético: um estudo de intervenção. **Odontol. clín.-cient;** v. 9, 2010.

SANTOS, M.M; NUNES, M.G.S; MARTINS, R.D. Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes. **Rev. bras. plantas med;** v. 14, p. 327-334, 2012.

SASS, A.; GRAVENA, A. A. F.; PILGER, C.; MATHIAS, T. A. DE F.; MARCON, S. S. Depressão em idosos inscritos no programa de controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta paul. enferm;** v. 25, p. 80-85, 2012.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cad. Saude Publica,** v. 16, p. 449-55, 2000.

SILVA, W. C. M. DA; FARAH, B. Q.; RICARTE, G. B. Atividade física e fatores associados em usuários do programa hiperdia de uma unidade de saúde da família do Recife. **Rev. bras. ciênc. saúde;** v. 16, 2012.

SOUSA, M. G. M.; COSTA, A. L. L.; RONCALLI, A. G. **J Otorhinolaryngol;** v. 77, p. 145-152, 2011.

TOMAZONI, T.; SIVIERO, J. Consumo de potássio de idosos hipertensos participantes do Programa Hiperdia do município de Caxias do Sul, RS. **Rev. bras. hipertens;** v. 16, p. 246-250, 2009.

TRES, G.S.; UTZIG, J. B.; MARTINS, R.; HEINRICH, S. Controle da pressão arterial, do diabetes mellitus e da dislipidemia na população de hipertensos de um ambulatório de residência médica. **Rev Bras Hipertens.,** v. 16, p. 143-147, 2009.

VINCENT CA, COULTER A. Patient safety: what about? **Health Care**, v. 11, p. 76-80, 2002.

WACHHOLZ, P. A.; MASUDA, P. Y. Caracterização e prevalência de síndrome metabólica em idosos segundo dois critérios diagnósticos diferentes. **Estud. interdiscip. envelhec**; v. 14, p. 95-106, 2009.

ZILLMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; LIMA, L. M. de. Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma Unidade Básica do Sul do Brasil. **Rev Gaucha Enferm**; v. 31, p. 240-246, 2010.