

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
CURSO DE NUTRIÇÃO**

RAFAELLA BRERO MARCON

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE USUARIOS
PARTICIPANTES DO HIPERDIA EM UMA ESF, CRICIÚMA, SC.**

CRICIÚMA, DEZEMBRO DE 2010

RAFAELLA BRERO MARCON

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE USUARIOS
PARTICIPANTES DO HIPERDIA EM UMA ESF, CRICIÚMA, SC.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do Grau de Bacharel no Curso de Nutrição da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador (a): Prof^a. MSc. Paula Rosane Vieira Guimarães

CRICIÚMA, DEZEMBRO DE 2010

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE USUARIOS
PARTICIPANTES DO HIPERDIA EM UMA ESF, CRICIÚMA, SC.**

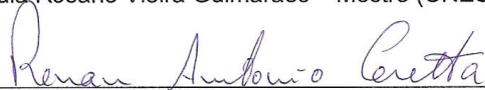
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Nutrição da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 07 de dezembro de 2010.

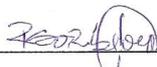
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Paula Rosane Vieira Guimarães – Mestre (UNESC) – Orientador



Prof. Renan Antonio Ceretta - Mestre - (UNESC)



Prof^ª. Rita Suselaine Vieira Ribeiro – Mestre - (UNESC)

Dedico a todas as pessoas que me ajudaram
Principalmente a minha mãe e meu pai, sem
eles eu jamais teria conseguido. Quero agradecer
por terem confiado e acreditado em mim e estarem
comigo em todos os momentos mais difíceis da minha
vida.

AMO MUITO VOCÊS !!!

Agradecimentos

A Deus, por estar sempre presente em minha vida, me dando força nos momentos de fraqueza e me fortalecendo ainda mais nas conquistas.

A minha mãe e ao meu pai, Denise e Roberto, por estarem mais uma vez do meu lado nessa árdua trajetória e me dando força para segui-la, por me ensinarem que dignidade, responsabilidade trabalho e seriedade é a base para conquistarmos tudo o que desejarmos. Pai, mãe, AMO VOCÊS!

A minha irmã, por sempre me dar força para seguir em frente e por me aturar nos momentos difíceis.

A minhas amigas Hully Pereira e Katiane Mota, por estarem sempre ao meu lado e me apoiando em todas as minhas decisões. Adoro muito vocês!

A professora Rita, que tão prontamente aceitou o convite para participar de minha banca, por toda a sua atenção e dedicação, sempre presente e disposta a me ajudar nos momentos de dúvida.

Ao professor Renan, que tão prontamente aceitou o convite para participar de minha banca com suas contribuições.

A minha orientadora professora Paula, por sua ajuda e por todo conhecimento compartilhado, também por me mostrar o caminho que deveria seguir, pela paciência com minhas dúvidas e pela compreensão ao longo de toda essa trajetória difícil mais que com ela ao lado se tornou cada vez mais tranquila, obrigado por TUDO!

A todos os colegas que convivi todo este tempo na faculdade, em especial a Thaíse, Lidi e Daí, amigas que me ajudaram muito durante toda essa trajetória. Enfim, agradeço a todos que de uma forma ou de outra estiveram comigo, seja de coração, em pensamento ou em presença real.

A todos os usuários que aceitaram participar desta pesquisa e a equipe de saúde por toda sua colaboração.

MUITO OBRIGADA!

Hoje levantei cedo pensando no que tenho a fazer antes que o relógio marque meia noite.
É minha função escolher que tipo de dia vou ter hoje.

Posso reclamar porque está chovendo ou agradecer às águas por lavarem a poluição. Posso ficar triste por não ter dinheiro ou me sentir encorajado para administrar minhas finanças, evitando o desperdício. Posso reclamar sobre minha saúde ou dar graças por estar vivo. Posso me queixar dos meus pais por não terem me dado tudo o que eu queria ou posso ser grato por ter nascido. Posso reclamar por ter que ir trabalhar ou agradecer por ter trabalho. Posso sentir tédio com o trabalho doméstico ou agradecer a Deus. Posso lamentar decepções com amigos ou me entusiasmar com a possibilidade de fazer novas amizades.

Se as coisas não saíram como planejei posso ficar feliz por ter hoje para recomeçar.

O dia está na minha frente esperando para ser o que eu quiser.

E aqui estou eu, o escultor que pode dar forma.

Tudo depende só de mim.

Charlie Chaplin

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial e diabetes mellitus estão inteiramente ligados a doenças cardiovasculares, problemas renais e obesidade. Onde na HAS muitos dos casos desconhece-se a causa da hipertensão. Quando descoberto se não tratar adequadamente pode levar sérias doenças vitais. A diabetes é caracterizada por hiperglicemia com distúrbio no metabolismo dos CHO, LIP E PTN, além de apresentar uma alta morbi-mortalidade. O sistema único de saúde foi criado em 88 para atender mais de 180 milhões de brasileiros. Onde em 2001 o MS, implantou o plano de reorganização da atenção aos portadores de HAS e DM, que foi criado para atender usuários captados a este plano e gerar informações para a aquisição, liberação e distribuição de remédios de forma regular e contínua. **Objetivo:** Avaliar o estado nutricional de usuários participantes do Hiperdia de uma unidade de estratégia em saúde da família de Criciúma-SC. **Método:** Pesquisa quantitativa, transversal. A amostra dos dados primários foi de 50 usuários sendo que 32 eram do sexo feminino e 18 do sexo masculino. Já nos dados secundários a amostra é de 331 usuários mais foi obtido apenas 139 devido às fichas não estarem todas completas. Os dados foram colhidos por questionários e pela ficha de cadastro de usuários com HAS e/ou DM. Após a coleta os dados foram analisados no Epidata. **Resultado:** Na questão da análise dos indicadores socioeconômicos a média de idade foi de 45 anos, em relação a escolaridade 34% tem o ensino fundamental incompleto e 36% ensino médio completo, na renda individual mais da metade dos usuários tem a renda de 1 a 2 salários mínimos sendo a porcentagem, de 58.69%, na renda familiar predominou pra mais de 5 salários mínimos (34.61%), na questão de moradia 74% dos usuários tem moradia própria, sendo que 64% são casados, com média de 2 pessoas trabalhando e 22% dos usuários são Do Lar e 24.0% aposentados. A predominância de número de moradores foi de 3 com percentual de 40.38%. Na classificação do IMC nos adultos 36% são eutrofos, 34.88% sobrepeso e 23.25% obesos, nos idosos 57.14% são eutrofos e 42.85 % sobrepeso, tendo como o peso variando de 55 a 116 kg com média de 74.5, e a altura varia de 1.50 a 1.96cm com média de 1.65cm. Sabem o que é hipertensão 74%, destes 54% dizem saber o que é, e 51.85% respondeu que é sal elevado no sangue. Sobre orientação e como tratar 90.09% relatou receber a orientação e para orientação alimentar teve o mesmo percentual no qual a orientação mais questionada foi diminuir o consumo de sal com 53.33% cuja orientação para o tratamento foi tomar medicamentos 46.15%. Para a pergunta se tem DM 46% relataram que sim onde deste 46% dizem saber o que é, e 56.52% disseram que DM é glicose alterada. Sobre receber orientações de como tratar 91.66% responderam que sim ficando igual para orientação sobre a alimentação, sendo que 18.18% responderam que a orientação recebida foi de diminuir o consumo de açúcar, o qual é recomendado pelos médicos 81.81%. Na questão do que dificulta o tratamento da diabetes com 58.33% tem dificuldade na questão de comprar os alimentos saudáveis. Com isto estes resultados mostram o quanto é necessário a atuação do profissional nutricionista junto ao HIPERDIA auxiliando na reorganização destes serviços de avaliação e orientação dos usuários.

Palavras-chave: Estado Nutricional, DM, Hipertensão, HIPERDIA.

LISTA DE TABELAS, GRAFICOS E QUADROS

TABELA 1- Classificação do IMC para adultos	18
TABELA 2- Classificação dos níveis de pressão arterial para adultos maiores de acordo com o MS, 2006.	19
TABELA 3 – Classificação do IMC para Idosos	29
TABELA 4 – Indicadores socioeconômicos dos usuários participantes do Hiperdia de uma ESF, Criciúma, SC.....	31
TABELA 5- Avaliação do estado nutricional pelo IMC dos usuário do Hiperdia de uma ESF de acordo com gênero, Criciúma-SC.	33
TABELA 6- O conhecimento sobre hipertensão pelos usuários do Hiperdia, Criciúma-SC.	34
TABELA 7- Distribuição das dificuldades em seguir o tratamento da hipertensão na opinião dos usuários do Hiperdia, Criciúma-SC.	36
TABELA 8- O conhecimento sobre diabetes mellitus pelos usuários do Hiperdia, Criciúma-Sc.	37
TABELA 9- Distribuição das dificuldades em seguir o tratamento da diabete na opinião dos usuários do Hiperdia, Criciúma-SC.	38
TABELA 10- Outras informações sobre alimentação referidas pelos usuários do hiperdia, Criciúma-SC.	39

TABELA 11- O uso de adoçante pelo nome comercial e outros temperos referidos pelos usuários do HIPERDIA, em uma ESF, Criciúma-SC.	42
Tabela 12- Indicadores socioeconômicos dos usuários cadastrados no HIPERDIA de uma ESF, conforme gênero, Criciúma-SC.	43
TABELA 13- Avaliação do estado nutricional pelo IMC dos usuários cadastrados no HIPERDIA de acordo com gênero, Criciúma-SC.	45
TABELA 14- Fatores de risco, presença de complicações e medicação utilizada pelos usuários cadastrados no HIPERDIA de uma ESF, Criciúma-SC.	46
GRÁFICO 1 – Faixa etária conforme gênero, Criciúma-SC.	23
GRAFICO 2 – Distribuição da ocupação para usuários participantes do HIPERDIA de uma ESF, Criciúma-SC.	24
GRAFICO 3- Uso de medicação nos horários recomendado pelos usuários do HIPERDIA de uma ESF, Criciúma-SC.	26
QUADRO 1 – Princípios básicos do SUS	30
QUADRO 2- Características do SUS	32
QUADRO 3- Medicamentos utilizados pelos usuários do Hiperdia.	38

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

CONAS- Conselho nacional de secretários de saúde

CONASEMS- Conselho nacional de secretários municipal de saúde

DM- Diabetes Mellitus

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

Hiperdia – Plano de reorganização da atenção á hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.

IMC- Índice de massa corporal

LADA- Doença auto-imune latente em adultos

OMS- Organização mundial da saúde

PAD- Pressão arterial diastólica

PAS- Pressão arterial sistólica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 Introdução.....	13
1.1 Problemas.....	13
1.2 Objetivos.....	15
1.2.1 Objetivo Geral.....	15
1.2.2 Objetivos Específicos.....	15
2 Fundamentação Teórica.....	16
2.1 Avaliação nutricional.....	16
2.1.1 Peso.....	17
2.1.2. Altura.....	17
2.1.3 Índice de massa corporal	17
2.2 Hipertensão Arterial	18
2.2.1 Tratamento para Hipertensão	20
2.3 Diabetes Mellitus	21
2.3.1 Tratamentos para Diabetes Mellitus.....	22
2.4 Sistema Único de Saúde	22
2.5 Hipertensão	25
2.6 Medicamentos.....	26
3 Metodologia.....	27
3.1 Tipo de Estudo.....	27
3.2 Local do Estudo, Local e Amostra.....	27
3.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	28
3.4 Instrumentos para Obtenção de Dados.....	28
3.5 Forma de Obtenção de Dados	29
3.6 Análise dos Dados.....	29
3.7 Aspectos Éticos.....	29
4 Resultados e discussões	30
4.1 Caracterização dos usuários.....	30
4.2 Perfil socioeconômico dos usuários.....	31
4.3 Avaliação do estado nutricional dos usuários	33

4.4 O conhecimento dos usuários do hiperdia sobre os cuidados com sua alimentação.....	34
4.5 Caracterização dos usuários cadastrados no HIPERDIA em uma ESF- DADOS SECUNDARIOS	43
4.5.1 Perfil socioeconômico dos usuários cadastrados no HIPERDIA.....	43
4.5.2 Avaliação do estado nutricional dos usuários.....	45
5 Conclusão	48
Referencias.....	50
Apêndice.....	54
Anexo.....	58

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMA

A Hipertensão Arterial é uma síndrome caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140mmHg de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou 90 mmHg de pressão arterial diastólica (PAD) em pelo menos duas aferições subseqüentes. (GOMES; SEYFFARTH; NASCIMENTO, 2008)

A Hipertensão Arterial é responsável pelo menos por 40% das mortes por Acidentes Vasculares e 25% por doença arterial coronariana, onde se torna um grande fator de risco para mortalidade cardiovascular. (BONALUME; ABREU; FRAZÃO, 2009)

Segundo Molina et al (2003), em muitos casos desconhece-se a causa da hipertensão. Mas existem vários fatores que podem acarretar esta síndrome, como: fatores dietéticos, sedentarismo, histórico familiar, estresse e tabagismo.

Quando o tratamento não é realizado adequadamente pode levar a serias conseqüências a alguns órgãos vitais. Com isso a doença hipertensiva é um dos problemas mais graves para a saúde pública. Onde o tratamento desta doença é apenas medicamentos e mudanças no habito de vida. (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003)

Para Peres; Jardim et al (1996), modificar hábitos da vida envolve mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o individuo possui.

Já o DM é uma síndrome de etiologia múltipla dando-se pela falta de insulina ou a incapacidade da insulina exercer seu papel. É caracterizada por hiperglicemia com distúrbio no metabolismo de proteínas, lipídeos e carboidratos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Além de apresentar alta morbi-mortalidade o diabetes é uma das principais causas de mortalidade, amputação de membros inferiores, cegueira, insuficiência renal e doença cardiovascular. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ainda conforme o Ministério da Saúde, (2006), as principais causas de morbimortalidade na população brasileira constituem-se pelas doenças cardiovasculares, onde não há causa única para estas doenças, mas sim muitos fatores de riscos que aumentam a chance de sua ocorrência. Dois dos principais

fatores de risco é a Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus que contribuem decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos do mundo. Ele realiza desde um atendimento ambulatorial até transplantes, garantindo acesso universal e gratuito a toda população. Criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para atender mais de 180 milhões de brasileiros, e também para oferecer atendimento igualitário para toda a população (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006). Neste sentido em 2001 o Ministério da Saúde (MS), implantou o Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de HAS e DM (CHAZAN; PEREZ Apud INFORMES, 2001).

Com o objetivo de reorganizar os serviços, para a atenção continuada aos portadores de HAS e DM, foi priorizada pelo plano a confirmação de casos suspeitos: a elaboração de protocolos clínicos e treinamentos dos profissionais de saúde; a garantia da distribuição gratuita de medicamentos; e a criação de um Sistema Informatizado de cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e portadores de diabete melitus chamado Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA (CHAZAN; PEREZ, 2007).

O HIPERDIA foi criado para atender os pacientes/usuários captados a este plano e gerar informações para a aquisição, liberação e distribuição de remédios, de forma contínua e regular, a todos os pacientes cadastrados no programa (CHAZAN; PEREZ, 2007 apud PORTAL, 2007).

No grupo do HIPERDIA são cadastrados usuários que tenham HAS ou DM. De acordo com o Ministério da Saúde em Santa Catarina foram cadastrados 2.035 usuário do HIPERDIA com a patologia de DM e 5.626 com a patologia de HAS.

Hoje em dia estas doenças são consideradas um agravo comum e que necessitam de um tratamento adequado para que o quadro da patologia seja tratado e não se agrave, onde a população precisa se adaptar ao novo estilo de vida e se adequar as condições condizentes.

Portanto avaliar o estado nutricional, o conhecimento sobre os cuidados com a alimentação e investigar a opinião dos usuários sobre o funcionamento do programa desenvolvido na unidade de saúde de seu bairro se faz necessário, justificando assim este trabalho.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar o estado nutricional de usuários participantes do HIPERDIA de uma Unidade de Estratégia em Saúde da Família (ESF) de Criciúma, SC.

1.2.2 Objetivo específico

- Apresentar o perfil socioeconômico dos usuários;
- Avaliar o estado nutricional dos usuários;
- Investigar a opinião dos usuários sobre as reuniões do Hiperdia;
- Identificar o conhecimento dos participantes do Hiperdia sobre os cuidados com sua alimentação.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional é uma etapa fundamental, para que possamos verificar se o indivíduo encontra-se em seus parâmetros adequados. É um instrumento de diagnóstico que mede as condições nutricionais no organismo, onde é determinada a ingestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes, ou seja, a avaliação determina o estado nutricional do indivíduo que resulta no balanço entre a ingesta e a perda de nutrientes (MELLO, 2002).

Dentro deste parâmetro têm-se algumas classificações para estado nutricional que podem trazer problemas à saúde, uma delas é a desnutrição que apresenta cada vez mais complicações graves levando a sérias infecções, insuficiência cardíaca e diminuição do suco gástrico. Num outro parâmetro têm-se também a obesidade e o sobrepeso, no qual são fatores de risco altíssimos com muitos agravos à saúde do indivíduo, os mais frequentes: isquemia do coração, HAS, DM 2, AVC, hérnia de hiato, esofagite de refluxo e até problemas psicológicos (ACUÑA; CRUZ, 2004).

A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar indivíduos com alto risco de complicações associadas ao estado nutricional, para que possa dar orientações adequadas e logo após monitorar a eficácia desta orientação (ACUÑA; CRUZ, 2004).

Para realizar esta avaliação há dois métodos, o convencional e o não-convencional. O método convencional é aquele que é usado tradicionalmente, por sua praticidade, tanto na clínica quanto para estudos epidemiológicos como a história clínica, antropometria (peso, altura, dobras cutâneas) e exames laboratoriais (hematócrito, hemoglobina, etc) e tem como característica a praticidade e o baixo custo. Já o método não-convencional apresenta algumas limitações pelo fato de os equipamentos terem custo elevado e dificuldades para sua execução, geralmente são usados como referência para pesquisa como ressonância magnética, densitometria computadorizada (analisando as diferentes densidades dos compartimentos corpóreos), (ACUÑA; CRUZ, 2004).

Para serem realizadas estas avaliações geralmente médicos e nutricionistas usam o método da antropometria, que é dada pelo peso, e pela altura (ACUÑA; CRUZ, 2004).

2.1.1 Peso

Corresponde a soma de todos os componentes da composição corporal. É a reserva de energia do corpo a qual quando há alterações reflete na modificação do equilíbrio entre a ingesta e o consumo de nutrientes (ACUÑA; CRUZ, 2004).

2.1.2 Altura

É o maior indicador do tamanho corporal geral e do comprimento dos ossos, onde o indivíduo deve ficar em pé, descalço com costas retas e o braço estendido no lado do corpo (CUPPARI,2005)

2.1.3 Índice de Massa Corporal - IMC

Segundo SAMPAIO e SABRY, (2007) o IMC é um dos indicadores mais utilizados para investigar e avaliar se há sobrepeso ou obesidade. Esta classificação possibilita a identificação de indivíduos com risco de morbimortalidade.

É considerado o índice mais útil para classificar a prevalência de obesidade e sobrepeso da população (SAMPALIO; SABRY, 2007). O índice de Quetelet conhecido por Índice de Massa Corporal (IMC) é dado pela relação peso (kg) / altura (m²). Como parâmetro de avaliação utilizou-se os critérios estabelecidos pela OMS (1995), conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1. Classificação do IMC

IMC (Kg/m²)	Classificação
<18,5	Magreza
18,5-24,9	Eutrofia
25-29,9	Sobrepeso
30-34,9	Obesidade grau I
35-39,9	Obesidade grau II
≥40	Obesidade grau III

Fonte: Adaptado da OMS,1995,WHO,2000 e OMS 2004.

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial é uma doença multigênica, de etiologia múltipla, que causa agravos dos órgãos-alvo (rins, retina, coração, cérebro e vasos) (CUPPARI; 2005). É um distúrbio da regulação da pressão arterial elevando inicialmente pouco a cifra tensional, já é capaz de comprometer as artérias cerebrais, cardíacas e renais (LUNA, 2009).

O débito cardíaco e a resistência periférica e qualquer alteração em um ou outro, ou em ambos se dá pela intervenção dos determinantes da pressão na manutenção dos níveis pressóricos normais. (CUPPARI; 2005).

Diferenciados mecanismos de controle estão envolvidos não só na manutenção como também na variação da pressão arterial, regularizando o calibre e a reativação vascular (CUPPARI; 2005).

Quando rompe o equilíbrio com predominância dos fatores pressores, ocorre à hipertensão arterial primária, pelo fato dos complexos mecanismos pressores e depressores interagirem e determinarem o tônus vasomotor. Este rompimento pode ser provocado ou acelerado por fatores ambientais como o excesso de sal na alimentação ou problemas psicoemocionais (CUPPARI; 2005).

A hipertensão é uma doença basicamente assintomática e sua investigação necessita de alguns quesitos básicos como: - identificar a etiologia da doença, - verificar se há comprometimento dos órgãos-alvo e identificar outros fatores de riscos associados (CUPPARI; 2005). Entre esses fatores de riscos estão:

o aumento de peso corporal, o excesso de ingestão de bebida alcoólica e o consumo excessivo de sal.(PIERIN, 2004)

Como os sintomas são poucos significativos para o diagnóstico, deve-se aplicar a anamnese direcionada ao tempo da doença, aos tratamentos prévios, o uso de medicamentos que possam interferir no controle da pressão e os antecedentes familiares (CUPPARI; 2005).

Já na prevalência a Hipertensão Arterial apresenta maior morbidade no sexo masculino do que no feminino. Sua incidência nos homens se dá pelos 30 anos e, mais freqüentemente, ocorre após a menopausa em mulheres. Recentemente estas diferenças vêm diminuindo pelos hábitos entre as mulheres. A associação a pílula anticoncepcional e o hábito de fumar em mulheres com mais de 30 anos aumentou a ocorrência de afecções cardiovasculares. Com o aumento de idade a freqüência de hipertensão também vai aumentando (RIBEIRO, 1988).

O Brasil tem em torno de 17 milhões de portadores de HAS, sendo que 35% da população tem 40 anos ou mais. Este número é crescente e esta cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Tabela 2. Classificação dos níveis de Pressão Arterial para adultos maiores de 18 anos de acordo com o MS, 2006

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120 e	<80
Pré-Hipertensão	120 a 139 ou	80 a 90
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140 a 159 ou	90 a 99
Estágio 2 (moderada)	≥ 160 ou	≥ 100

Fonte: MS 2006

- O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo.
- Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

2.2.1 Tratamento da Hipertensão

O tratamento desta patologia segue de dois tipos de abordagem: o farmacológico, com uso de drogas anti-hipertensivas, e o não-farmacológico, que se fundamenta na mudança no estilo de vida que favoreçam em redução da pressão arterial (CUPPARI; 2005).

No tratamento medicamentoso a finalidade é diminuir a morbidade e mortalidade decorrentes da elevação da pressão arterial (PIERIN, 2004). O uso de medicamentos ajuda na redução de níveis pressóricos quando o tratamento medicamentoso não é suficiente, e também auxiliam na redução de problemas cardiovasculares fatais e não fatais (MAGNONI; STEFANUTO; KOVACS, 2007). O tratamento a ser passado ao paciente deverá trazer benefícios ao máximo ao paciente, por isto necessita ser bem definido. Para o tratamento seguir de forma adequada existe alguns princípios gerais como: ser eficaz por via oral, ser bem tolerado, permitir a administração em menos numero possível de tomadas diárias e preferir aqueles de dose única, instruir o paciente sobre a Hipertensão Arterial, e a possibilidade de reações adversas do medicamento utilizado, considerar as condições socioeconômicas (PIERIN, 2004).

No entanto, devem ser buscados no tratamento anti-hipertensivo, esses itens para um controle mais apropriado da pressão, e em decorrência, maior benefício ao paciente (PIERIN, 2004).

Já no tratamento não medicamentoso o paciente recebe orientações para que o problema não se agrave, para isto os profissionais da saúde adotaram algumas medidas pois quanto maior for a força de vontade do individuo maior será a possibilidade de sucesso ao tratamento. Para isto há algumas medidas prioritárias para este tratamento: diminuição da ingestão de sal, manutenção do peso saudável, atividade física regular, redução ou interrupção do consumo de bebidas alcoólicas, maior ingestão de alimentos ricos em potássio, interrupção do tabagismo, controle do diabetes (PIERIN, 2004).

No entanto há várias medidas para se ter resultados satisfatórios, onde quanto maior for o grau de informações maior as chances de seu comprometimento (PIERIN,2004).

2.3 DIABETES MELLITUS

Esta patologia é de incidência crescente, onde se estima que em 1995 atingia 40% da população adulta mundial e que, em 2005, alcançou a cifra de 5,4% (MINISTERIO DA SAUDE,2006).

É uma síndrome caracterizada principalmente pela falta de produção ou utilização inadequada de insulina pelo organismo (COSTA, 2005).

O pâncreas produz um hormônio chamado insulina, onde é responsável em diminuir a glicose do sangue dentro das células, fornecendo energia e o calor ao nosso corpo. É uma doença crônica, genética e hereditária, isto é transmitida de geração para geração, onde há maior incidência quando gira em torno das duas famílias (paterna e materna) (COSTA, 2005).

O diabetes é uma doença endócrina comum, mais que pode se tornar grave, é um distúrbio metabólico, um erro do metabolismo hereditário e crônico. É caracterizada hiperglicemia em consequência a anormalidade no metabolismo da proteína, lipídeo e carboidrato, acompanhado por grande propensão a sérios problemas. Sua manifestação se dá decorrente a ação inadequada de insulina (COSTA, 2004).

Há duas formas para classificar o diabetes, a classificação em tipos de diabetes, definidos de acordo com defeitos ou processos específicos (MINISTERIO DA SAUDE, 2006).

O DM tipo 1 indica destruição da célula beta que possivelmente leva a deficiência absoluta de insulina, onde esta é necessária para prevenir a cetoacidose, coma e morte. O desenvolvimento desta patologia pode ocorrer de forma rápida e progressiva, principalmente em crianças e adolescentes, ou em adultos de forma lentamente progressiva (LADA, doença auto-imune latente em adultos). Este tipo de DM tipo 1 muitas vezes é classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5 a 10% dos indivíduos inicialmente considerados como DM tipo 2 podem de fato, ter LADA (MINISTERIO DA SAÚDE,2006).

O DM tipo 2 se da devido a uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina neste caso, não visa evitar cetoacidose quando presente, e acompanhada de varias complicações. A maioria dos casos os pacientes apresentam excesso de peso ou deposição de gordura. Muitos dos casos mostram

resistência à insulina e o defeito na excreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar esta resistência (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

Diagnosticada na gravidez, a diabetes gestacional é a hiperglicemia de intensidade variada, onde geralmente após o parto esta desaparece, mas em muito dos casos acaba voltando anos depois. Seu diagnóstico é controverso. A OMS sugere detectá-lo com os mesmos diagnósticos empregados fora da gravidez, considerando como diabetes gestacional valores referidos fora da gravidez como índice de diabetes ou tolerância à glicose diminuída (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

2.3.1 Tratamento da Diabetes Mellitus

O tratamento para DM tipo 1 e 2 consiste primordialmente, de uma dieta específica, de atividade física e do uso adequado da medicação (antidiabéticos orais e/ou insulina). O resultado se dá pelo comportamento específico para as necessidades de adoção pelos portadores de diabetes de determinadas medidas e práticas comportamentais (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

Há quatro estágios que envolvem o tratamento do indivíduo diabético tipo 2, onde são eles: estágio 1: tratamento diabético, exercícios e mudança no estilo de vida; estágio 2: uso de drogas anti obesidade e anti diabéticos orais em monoterapia ou em combinação; estágio 3: uso de insulina em tratamento oral ou instituição definitiva da insulina como monoterapia; estágio 4: intensificação do tratamento insulínico (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

Basicamente o tratamento inicial consiste em mudança no estilo de vida, uma boa dieta e exercício físico (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

2.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Criado em 1988 o SUS foi regulamentado pelas leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, também podendo ser chamada de Lei Orgânica da Saúde, e que são favoráveis para as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (CONASS, 2003).

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas - federais estaduais e municipais – e, complementarmente, pela iniciativa privada, que se vincule ao sistema (ACURCIO, 2005, p. 65)

O SUS é um sistema, pelo fato de ser formado por diversas instituições dos três níveis de governo – União, estado e municípios – e pelo setor privado complementar, como se fosse um único corpo. Assim quando o serviço privado é contratado pelo SUS, atua usando as mesmas condições do serviço público. Onde da mesma forma, ele é único, pois tem a mesma doutrina, em todo o território nacional e é formado com a mesma sistemática (ACURCIO, 2005).

Além disso, o SUS tem como princípios básicos:

QUADRO 1. Princípios Básicos do SUS

Direção Única	De acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, a direção do SUS é única, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo MS; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou equivalente.
A universalidade e a equidade	Sendo a saúde um direito de todos e dever do estado, todos os brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil devem ter acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independentemente de vínculo previdenciário ou qualquer tipo de seguro-saúde, sem nenhuma despesa por tal atendimento.
A integralidade da assistência	O SUS deve garantir ao cidadão o direito de atenção à sua saúde, desde as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, até os tratamentos especializados e de recuperação, quando exposto a qualquer tipo de doença ou agravo.
A descentralização dos serviços	A descentralização da atenção à saúde, além de significar a possibilidade de se elaborarem projetos mais condizentes e

	compatíveis com a realidade local, permite a efetiva participação da comunidade de interferir na concepção do sistema, na sua implementação, no seu funcionamento, na aplicação dos recursos e na avaliação de seus resultados.
Regionalização e hierarquização	As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.
Participação da sociedade	É assegurado à sociedade, por meio de interação com o poder público, participar da formulação das políticas de saúde, discutir suas prioridades e fiscalizar a execução dessas políticas e a utilização dos recursos. Para tal, o SUS contará em casa esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instancias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Fonte: ACURCIO, 2005, p. 66.

Além dos princípios colocados, podemos considerar como características do SUS:

QUADRO 2. Características do SUS

A racionalidade	O SUS deve se organizar de modo que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população.
A eficácia e a eficiência	O SUS deve produzir resultados positivos, quer quando procurado pelo usuário, quer quando o problema se apresenta na comunidade; para tanto, precisa ter qualidade. Mas para que isso ocorra efetivamente, é necessário que utilize as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam utilizados da melhor forma possível. Isso implica necessidades de equipamentos adequados, trabalhadores qualificados e comprometidos com o serviço e com a população e a adoção de técnicas modernas de

	administração dos serviços de saúde.
--	--------------------------------------

Fonte: ACURCIO, 2005, p.66.

Também é importante ressaltar, que apesar dos vinte anos de sua implantação, o SUS ainda tem um longo caminho a percorrer. Dessa forma, o SUS, como parte da Reforma Sanitária, é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação (RODRIGUEZ NETO, 1998), cabendo a todos aqueles que estão comprometidos com sua bandeira, trabalharem para sua efetivação.

2.5 HIPERDIA

Em articulações com as sociedades científicas, (cardiologia, diabetes, HAS e nefrologia), as federações nacionais dos portadores de DM e HAS, as secretarias Estaduais de Saúde, através do CONAS (Conselho Nacional de secretários de Saúde) e as secretarias municipais de saúde através do CONASENS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), apresentou o Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Melitus. (CUNHA, 2009)

O objetivo ao plano é vincular os usuários portadores desses agravos as unidades de saúde, garantindo atendimentos específicos, mediante ações de reorganização dos serviços. (CUNHA, 2009)

O hiperdia é dependente de um sistema informatizado que permite o cadastramento de portadores, onde o seu acompanhamento poderá ser definido o perfil epidemiológico da população assistida e o conseqüente desencadeamento de estratégias que poderão levar a modificação da situação atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a diminuição do custo social. (CUNHA, 2009)

O programa Hiperdia vem atender as necessidades de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, no qual vem cadastrando e acompanhando portadores de HAS E DM vinculados as unidades de saúde ou equipes de atenção básica do sistema único de saúde, gerando os dados para profissionais e gestores das secretarias municipais, estaduais e ministério da saúde. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

2.6 MEDICAMENTOS

No quadro abaixo estão dispostos os medicamentos distribuídos pelo SUS para o HIPERDIA e sua ação.

QUADRO 3. Medicamentos utilizados pelos usuários do HiperDia.

Medicamentos	Ação
Hidroclorotiazida	Agem aumentando através da diurese a excreção de sódio. São essenciais no tratamento dos hipertensos. Sua dosagem não deve ultrapassar a 25 mg/dia.
Propranolol	Inibem a renina e a atividade simpática. Indicadores especialmente em pacientes coronários. Podem desencadear broncoespasmos.
Captopril	Inibidor da enzima conversora da angiotensina II. Indicado especialmente em diabéticos para reduzir a pressão intraglomerular. Contra-indicado na gestação ou em mulheres com risco de engravidar, pela possibilidade de malformações fetais.
Glibenciamida	Secretora de insulina aumenta a secreção de insulina
Metformina	Sensibilizadora de insulina aumenta à sensibilidade a insulina nos tecidos periféricos

Fonte: Guia básico de orientação nutricional para as Equipes de Saúde de Atenção Básica, 2008.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPOS DO ESTUDO

Este estudo caracterizou-se como pesquisa básica, pois esta objetiva o avanço do conhecimento teórico, do tipo descritivo, quantitativo e transversal. Conforme Apolinário (2006), sem inferir relações de causalidade entre as variáveis, o estudo descritivo limita-se a descrever o fenômeno observado. A abordagem quantitativa é muito utilizada no desenvolvimento de pesquisas descritivas, onde se procura encontrar e classificar relações entre variáveis e, conforme o próprio termo indica, significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, através de aplicações de técnicas estatísticas (OLIVEIRA, 2002). Os estudos transversais são aqueles que examinam os indivíduos em um determinado momento, fornecendo dados de prevalência, particularmente de condições de durações longas (VAUGHAN, MORROW, 1992). O presente trabalho teve coleta de dados secundários utilizando os formulários do Hiperdia de uma unidade básica com estratégia em saúde da família e dados primários pela aplicação de um instrumento com questões fechadas.

3.2 LOCAIS DO ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população escolhida para o estudo está localizada no município de Criciúma, considerada como o maior município do Sul Catarinense, e um dos cinco maiores de Santa Catarina, no âmbito populacional ou na esfera econômica. Dados de 2009 apontam que o Município de Criciúma conta com 188.557 habitantes, distribuídos em uma área de 235, 628 km².

O estudo ocorreu em uma Unidade de Estratégia em Saúde da Família do município de Criciúma que possui em sua área de abrangência de 1.025 famílias e 3.739 mil habitantes. A população do estudo foi composta por 331 cadastros ativos do grupo Hiperdia. A amostra para investigação dos dados secundários teve a inclusão de todos cadastrados. A amostra com dados primários foi composta por 50 usuários participantes que no dia determinado para busca da medicação aceitaram

participar da pesquisa. Por se tratar de uma amostra de conveniência, não foi necessário cálculo amostral em ambos os casos.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo usuários cadastrados no Hiperdia da Unidade de Estratégia em Saúde da Família, que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo1). Foram excluídos aqueles que não pertenciam a área de abrangência da Unidade ESF e que não aceitaram participar do estudo.

3.4 INSTRUMENTOS DE OBTENÇÃO DE DADOS

Para a coleta de dados secundários foi utilizado o formulário do programa Hiperdia (ANEXO 1) e para coleta de dados primários foi aplicado questionário (APENDICE 1) cujo roteiro foi adaptado pela pesquisadora contendo questões socioeconômicas e questões que identifiquem os cuidados com a alimentação.

As variáveis antropométricas coletadas foram peso e estatura. Para coleta do peso corporal foi utilizada a balança da unidade de saúde com capacidade de 150 kg, marca Filizola, modelo plataforma. Os usuários avaliados estavam sem calçados, apenas com roupas leves no corpo, sem relógio, bolsa, casacos, chaves, carteiras entre outros acessórios. Na balança os pés se mantiveram dentro de toda área da balança, não podendo ter nenhuma parte para fora.

A estatura foi aferida em metros, com auxílio de um antropômetro/régua vertical acoplado a balança de plataforma. Os usuários estavam descalços, em posição ortostática, com as costas e a parte posterior dos joelhos retos e olhando para frente, sem acessórios ou adornos na cabeça.

De posse dos valores de peso e estatura foi calculado o IMC. Para os adultos (> 19 anos e < 60 anos) utilizou-se a classificação sugerida pelo Ministério da Saúde conforme segue a orientação citada no item 2.1.3, página 18 deste trabalho.

Para os usuários com mais de 60 anos utilizou-se também orientação do Ministério da Saúde conforme tabela abaixo;

Tabela 3. Classificação do IMC para idosos.

IMC (Kg/m ²)	CLASSIFICAÇÃO
< 22	Magreza
22-27	Eutrofia
> 27	Sobrepeso

Fonte: LIPSCHITZ (1994 apud PFRIMER; FERRIOLLI, 2008)

3.5 FORMAS DE OBTENÇÃO DE DADOS

Após contato e permissão da Enfermeira responsável pela Unidade de Saúde, a investigação inicial ocorreu com coleta das informações cadastrais do formulário do Hiperdia. Após esta coleta a pesquisadora foi, em dia determinado abordar os usuários que buscavam sua medicação convidando-os a participar da pesquisa após o aceite e assinatura do TCLE.

3.6 ANALISE DE DADOS

Os dados foram digitados e totalizados no programa EPIDATA e analisados no EPIINFO V 6.04, apresentados na forma de tabelas e gráficos e comparados com outros estudos já realizados.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, sob protocolo nº 262/2010, a coleta de dados foi realizada somente após a aprovação deste. Foi garantido sigilo aos participantes.

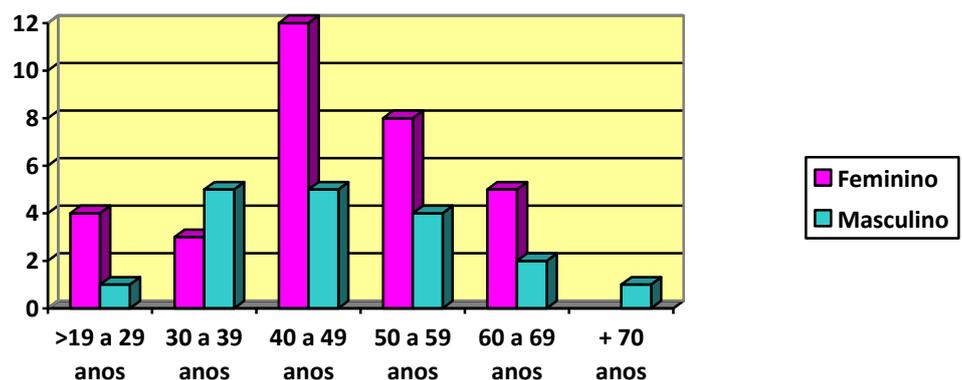
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados aqui apresentados referem-se às informações da amostra dos 50 usuários participantes do grupo do Hiperdia que aceitaram fazer parte do estudo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS

Dos 50 usuários que participaram da pesquisa na ESF, 32 são do gênero feminino e 18 masculino. A média de idade foi de 45.19 anos ($\pm 13,28$) variando entre 18 á 72 anos de idade. Com a estratificação da idade o estudo incluiu 7 usuários acima de 60 anos, sendo 4 do gênero feminino e 3 masculinos. Estudos mostram que a população com hipertensão e DM está variando a idade de 20 a 49 anos (CASTRO & CAT, 1999). Encontrou-se uma maior concentração nas faixas de 40 a 59 anos, sendo 40% (20) feminino e 18% (9) masculino. Outros estudos ressaltam que a maior incidência de HAS é em pessoas com mais de 50 anos sendo esta prevalência relacionada com a alta morbimortalidade dessa população (PIAT; FELICETTI e LOPES, 2009).

Gráfico 1. Faixa etária conforme gênero, Criciúma, SC.



Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2010.

4.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS

Com relação à renda obteve-se um valor mínimo de R\$ 300,00 e um máximo de R\$ 4.000,00, para renda familiar a média foi de R\$ 2.273,60 (\pm 997,00) para a renda individual a média ficou em R\$ 1.099,80 (\pm 691,00). Neste item podemos lembrar que para o usuário cadastrado no Hiperdia, existe a distribuição gratuita da medicação assegurada pelo SUS, bem como todo o acompanhamento.

Tabela 4 – Indicadores Socioeconômicos dos usuários participantes do Hiperdia de uma ESF, Criciúma, SC.

Indicadores	Gênero					
	Feminino		Masculino		Geral	
	n (32)	%	n (18)	%	n (50)	%
Escolaridade						
Ensino Fundamental Incompl.	13	40.65	4	22.22	17	34
Ensino Fundamental Compl.	3	9.37	2	11.11	5	10
Ensino Médio Incompleto	2	6.25	-	-	2	4
Ensino Médio Completo	11	34.37	7	38.88	18	36
Ensino Superior Incompleto	2	6.25	2	11.11	4	8
Ensino Superior Completo	1	3.12	2	11.11	3	6
Moradia						
Própria	23	71.8	14	77,7	37	74.0
Alugada	7	21.8	4	22.2	11	22.0
Financiada	2	6.25	-		2	4.0
Estado Civil						
Solteiro	4	12.50	3	16.66	7	14.0
Casado	20	62.50	12	66.66	32	64.0
Divorciado	4	12.50	2	11.11	6	12.0
Viúvo	4	12.50	1	5.55	5	10.0

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2010.

Com relação a escolaridade dos usuários do HIPERDIA nota-se que os dados se concentram em ensino fundamental incompleto para as mulheres e ensino médio completo para os homens. Estudos de CASTRO e CAR (1999) mostram que a escolaridade nos permite avaliar as influencias sociais e suas associações aos riscos destas patologias. Mostrou também que indivíduos com escolaridade mais

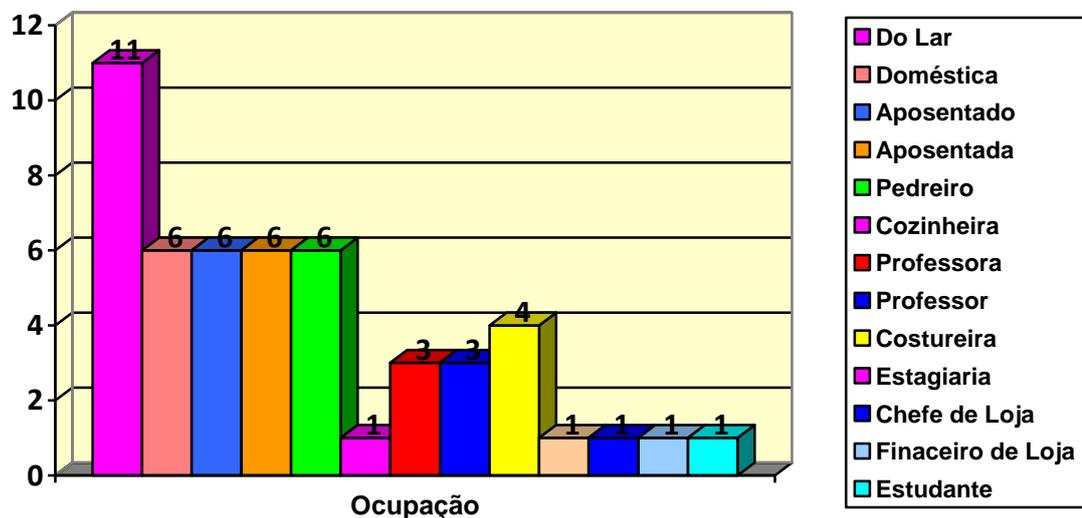
baixa correm um risco maior de obter estas patologias do que indivíduos com escolaridade superior (CASTRO & CAR, 1999).

Em relação a moradia mais de 70% dos usuários entrevistados possuem moradia própria, em ambos os sexos. O número de moradores por domicilio variou de 1 a 6 moradores tendo predominância de 3 moradores por domicilio, obtendo também mais de 40% apenas 2 moradores trabalhando para sustentar a casa.

Segundo Castro & Car (1999, apud MS 1993), as condições sociais da população tem peso expressivo na determinação de seu perfil de saúde. Desenvolvimento social desfavorecido e condições precárias de vida, acompanham de modo geral a um risco maior de adoecer e morrer em todas as idades e ambos sexos (CASTRO & CAR, 1999).

Com relação a ocupação a maioria (34.37%) das mulheres referiu ser Do Lar, domestica e aposentada ficou com 18,75%, costureira com 12,50%. Os homens ficaram divididos em pedreiro e aposentados com 33.33% e 16.66% para professor. Outras ocupações foram referidas conforme mostra o gráfico 1.

Gráfico 2. Distribuição da ocupação para usuários participantes do HIPERDIA de uma ESF, criciúma, SC.



Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

4.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS USUÁRIOS

Para a classificação do estado nutricional foi utilizado o IMC, que foi encontrado a partir da divisão do peso (Kg) pela estatura ao quadrado (m)².

Para adultos foi utilizada a classificação apresentada na página 18 e para idosos a classificação apresentada na página 29.

Com relação ao peso a média foi de 74.5 (± 14.0) com peso mínimo de 55 kg e o máximo de 116 kg. Já a altura a média foi de 1.65 (± 0.08) com altura mínima de 1.50cm e a máxima de 1.96cm.

O IMC médio de ambos os sexos foi de 27.50kg/m² (± 4.88), sendo que o mínimo foi de 22.03kg/m² e o máximo de 44.53kg/m². Observou-se que independente da faixa etária o IMC médio foi classificado como sobrepeso. No entanto quando dividimos em adulto e idoso encontramos 44.44% (12) das mulheres adultas com o IMC adequado, 22,22% (6) encontram-se sobrepeso e 33.33% (9) com obesidade. Já nos homens adultos 37.5% (6) encontram-se eutrofos, 56.25% (9) sobrepeso e 6.25% (1) obeso. Para ambos os casos não houve nenhum usuário classificado como baixo peso. Para as mulheres idosas 25% (1) apresentou ter IMC adequado e 75%(3) sobrepeso, não obtendo nenhum baixo peso. Nos homens idosos 100% da amostra apresentou IMC adequado, conforme a tabela abaixo.

Tabela 5 – Avaliação do estado nutricional pelo IMC dos usuários participantes do HIPERDIA de uma ESF de acordo com gênero, Criciúma, SC.

ADULTO						
DIAGNÓSTICO	Feminino (27)		Masculino (16)		Geral (43)	
NUTRICIONAL	N	%	n	%	N	%
Baixo Peso	-	-	-	-	-	-
Adequado/Eutrófico	12	44.44	6	37.5	18	36.0
Sobrepeso	6	22.22	9	56.25	15	34.88
Obesidade	9	33.33	1	6.25	10	23.25
IDOSO						
	Feminino (4)		Masculino (3)		Geral (7)	
Baixo Peso	-	-	-	-	-	-
Adequado/Eutrófico	1	25	3	100	4	57.14
Sobrepeso	3	75	-	-	3	42,85

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Como se vê na tabela acima o IMC dos adultos teve maior número de sobrepeso para o gênero masculino, já para o feminino a classificação se deu para eutrofia. Estudos de Corrêa et al (2005), afirmam que a redução de peso e a manutenção do peso adequado com IMC entre 20 a 25 kg/m² diminuem de forma significativa a PA e previnem o aparecimento da hipertensão arterial, onde há uma grande porcentagem de indivíduos sobrepeso. Com relação aos idosos ocorre o contrário, o gênero masculino se mantém com IMC adequado enquanto que o feminino passa para o sobrepeso.

4.4 O CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DO HIPERDIA SOBRE OS CUIDADOS COM SUA ALIMENTAÇÃO.

Ao entrevistar os usuários uma das perguntas feita foi se o indivíduo tem DM ou HAS, ou os dois juntos. Dos 50 entrevistados 10 relataram ter as duas patologias, 27 apenas DM e 13 apenas DM.

Tabela 6 – O conhecimento sobre hipertensão pelos usuários do HIPERDIA, Criciúma, SC, 2010.

VARIÁVEIS	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Tem Hipertensão	37	74	13	26
Se sim o que é				
Aumenta a quantidade de sangue	6	22.22	-	-
Sal elevado no sangue	14	51.85	-	-
Problema de família	4	14.81	-	-
Nervos e estresse	3	11.11	-	-
Quando soube ter HÁ recebeu orientação sobre tratar pra sempre				
	30	90.90	3	9.09
Se Sim Qual?				
Diminuir o consumo de sal	16	53.33	-	-
Praticar atividade física	5	16.66	-	-
Cuidar o sódio nos rótulos	8	26.66	-	-
Fazer dieta	1	3.33	-	-
Se Sim de quem?				
Medico	26	86.66	-	-
Nutricionista	4	13.33	-	-

Conhecimento da quantidade de sódio nos alimentos

8 16.0 42 **84.0**

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quando questionados sobre ter hipertensão ou não, dos 50 entrevistados, 37 afirmaram ter hipertensão representando um percentual de 74%, ao perguntar se sabiam o que era a patologia 51.85% (14) relataram ser sal elevado no sangue.

Ao perguntar se quando descobriu ter HAS recebeu alguma orientação sobre tratar para sempre, obteve-se o resultado de 90% (30) indivíduos que receberam orientação, 9.09% (3) afirmaram não ter recebido e 17 usuários não lembravam ou não sabiam responder a questão, como esta alternativa não constava do instrumento, resolveu-se incluí-la na discussão para fechar as informações. Dos usuários que receberam orientação 53.33% (16) dos usuários responderam que a orientação recebida foi diminuir o consumo de sal da alimentação e que esta orientação seria dada pelo médico (86.66%).

Para estes usuários hábitos alimentares saudáveis ajudam a prevenir algumas doenças, como doença cardiovascular, diabetes e obesidade, levando já melhor qualidade de vida. A dieta deve ter uma diminuição de gorduras, sal e açúcar, deve ser rica em consumo de frutas, verduras e legumes e alimentos com fibras, associado com a prática de atividade física regular junto com a realização do tratamento com os medicamentos (PIATI; FELICET; LOPES, 2009).

Estudos dizem que o alto consumo de sal atualmente é utilizado como um fator de doenças cardiovasculares. Nos países ocidentais, o consumo de sal é elevado, tanto na preparação dos alimentos como na conserva também, além da grande utilização de outras substâncias, como o glutamato monossódico (MOLINA, 2003).

Quando questionados sobre o conhecimento de sódio e nos alimentos 84% usuários responderam não ter conhecimento na quantidade de sódio presente nos alimentos. Neste ponto estudos apontam que alimentos enlatados, entre outros tem uma grande quantidade de sódio e não devem ser consumidos diariamente, pois elevam a PA (VINHAL, 2008).

Molina (2003) reforça a ideia quando fala que o alto consumo de sódio também pode estar relacionado a maior ingestão de alimentos feitos com temperos

prontos, o qual é bem consumido pelas classes socioeconômicas menos favorecida, pelo fato de ser de baixo custo.

Tabela 7 – Distribuição das dificuldades em seguir o tratamento da HAS na opinião dos usuários do HIPERDIA de uma ESF, Criciúma, SC.

O QUE DIFICULTA SEGUIR O TRATAMENTO		
	n (37)	%
Marcar consulta medica	1	2.70
Tomar os medicamentos	18	48.64
Dinheiro pra compra de alimentos saudáveis	16	43.24
Diminuir o sal da comida	1	2.70
Comer sem sal	1	2.70
Não sabe	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. 2010.

Ao descobrir que se tem uma patologia e que terá que tratá-la para o resto da vida se torna uma dificuldade na vida de qualquer pessoa. Quando foram questionados sobre o que dificultava a realização do tratamento adequado para hipertensão, destacou-se com 48.64% (18) o fato de tomar medicamentos, aparecendo juntas com 2.70% (1) diminuir o sal da comida e marcar consulta médica, com 43.24% (17) apareceu a falta de dinheiro para a compra de alimentos saudáveis e 5.2%(2) para a retirada de sal da comida.

Castro e Car (1999) sustentam que há uma grande complexidade relacionada em seguir o tratamento destas patologias, alguns fatores influenciam como o desconhecimento do individuo a respeito do diagnostico a disponibilidade tanto quantitativa quanto qualitativa da assistência medica e o acesso de serviço de saúde pode interferir na eficácia do tratamento. Assim visando que para o tratamento seja eficiente é necessário um bom entendimento entre o médico e o paciente.

Tabela 8 – O conhecimento sobre DM pelos usuários do HIPERDIA, de uma ESF, Criciúma, SC.

VARIÁVEIS	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Tem Diabetes	23	46	27	54
Se sim o que é				
Muito açúcar no sangue	13	56.52	-	-
Glicose alterada	10	43.47	-	-
Quando soube ter DM recebeu orientação sobre tratar pra sempre				
	22	91.66	2	8.33
Se Sim Qual?				
Diminuir o consumo de açúcar	4	18.18	-	-
Fazer uso de adoçante	2	9.09	-	-
Fazer dieta	16	72.77	-	-
Se Sim de quem?				
Medico	18	81.81	-	-
Enfermeiro	3	13.62	-	-
Psiquiatra	1	4.54	-	-
Conhecimento da quantidade de açúcar nos alimentos				
	8	16.0	42	84.0

Fonte: Dados da pesquisa. 2010.

Em se tratando de DM dos 50 usuários 23 relataram ter esta patologia, e quando perguntados se sabiam o que era 56.52 % responderam ser muito açúcar no sangue e 43.47% glicose alterada.

Em relação a quando descobriu ter DM, se recebeu alguma orientação de que teria que tratar para sempre 91.66% (22) dos usuários respondeu que sim e 8.33%(2) que não, o restante não responderam á alternativa. Segundo os entrevistados 18.18% (4) receberam a orientação de diminuir o consumo de açúcar, 9.09% (2) fazer o uso de adoçante e 72.77% (16) em fazer dieta, onde 81.81% (18) receberam esta orientação de medico, 13.62%(3) de enfermeiro e 4.54 (1) de psiquiatra.

Sobre o conhecimento da quantidade de açúcar nos alimentos 84% dos entrevistados relataram não saber a quantidade de açúcar contido nos alimentos.

Tabela 9 – Distribuição das dificuldades em seguir o tratamento da DM na opinião dos usuários do HIPERDIA de uma ESF, Criciúma, SC.

O QUE DIFICULTA SEGUIR O TRATAMENTO		
	n (23)	%
Marcar consulta medica	1	4.34
Tomar os medicamentos	8	34.78
Dinheiro pra compra de alimentos saudáveis	13	56.52
Diminuir o doce da comida	1	4.34
Comer sem açúcar	-	-
Não sabe	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. 2010.

Para a questão de dificuldade de seguir o tratamento para DM, 56.52 (13) relataram a questão de dinheiro para a compra de alimentos saudáveis, com 34.78 (8) dificuldades em tomar os medicamentos, com a mesma porcentagem 4.16% a dificuldade de marcar consulta medica e diminuir o doce na comida.

Em estudo de Pace, Nunes e Vigo, (2003) a dificuldade no seguimento do tratamento para DM foi identificada para 58,3% (14) de um total de 24 entrevistados, que apontam a dieta e 29,2% indicaram o fator financeiro visto que uma melhor renda poderia facilitar na aquisição dos alimentos.

Tanto para DM como HAS, foi questionado se tomavam a medicação nos horários recomendados. Encontrou-se um resultado positivo para 94% dos usuários, conforme gráfico 2.

Gráfico 3. Uso da medicação nos horários recomendados, por usuários do HIPERDIA de uma EFS, Criciúma, SC, 2010.



Tabela 10. Variáveis relacionadas a alimentação referidas pelos usuários do HIPERDIA de uma ESF, Criciúma, SC, 2010.

VARIÁVEIS	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Importância da dieta no tratamento da DM HAS	48	92.30	4	7.69
Já recebeu alguma orientação de dieta	43	86	7	14
Se sim de quem				
Médico	16	37.20	-	-
Nutricionista	25	58.13	-	-
Enfermeira	2	4.65	-	-
Atualmente segue esta dieta recomendada	24	55.81	19	44.18
Diferença entre diet e ligh	36	72.0	14	18.0
Tem ou já teve algum vício				
Fuma	12	24.0	-	-
Fumou	15	30.0	-	-
Bebe	-	-	-	-
Bebeu	1	2.0	-	-
Nenhum	22	44.0	-	-
Costuma fazer caminhada	10	20.0	40	80.0
Quantas vezes na semana				
2 X na semana	1	10.0	-	-
3 X na semana	3	30.0	-	-
4 X na semana	2	20.0	-	-
5 X na semana	4	40.0	-	-
Participa de grupo ou clube	-	-	50	100
Participa das reuniões do Hiperdia	44	88.0	6	12.0
Opinião sobre as reuniões do HIPERDIA				
Bom assim	8	16.0	-	-
Bem clara	8	16.0	-	-

Bom aprende bastante coisa	10	20.0	-	-
Acha Bom	8	16.0	-	-
Muito Bom	3	6.0	-	-
Deve continuar assim	2	4.0	-	-
Não participa	6	12.0	-	-
Trazer mais palestras	2	4.0	-	-
Elaborar mais	3	6.0	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

Em se tratando de HAS e DM não podemos deixar de lado um item muito importante para este tratamento, por isto uma das perguntas feita aos usuários foi se eles achavam a dieta importante para o tratamento da HAS e DM 92.30% (48) responderam que sim e 7.69% (4) responderam que não, onde isso nos dá um ótimo resultado.

Alem da dieta é importante buscar também quem passou esta orientação e se recebeu. Na questão de orientação 86% (43) usuários responderam que sim e 14% que não. Para os que responderam sim 58.13% (25) recebeu a orientação de nutricionista, 37.20% (16) receberam a orientação de médico e 4.65% (2) de enfermeiros. Nesta situação é importante receber a orientação de um profissional nutricionista, pois este profissional está altamente qualificado para dar todas as informações nutricionais adequadas ao usuário.

Com relação se o usuário segue a dieta recomendada 55.81% (24) responderam que sim e 44.18% (19) responderam que não, o qual seria negativo o resultado, pois se espera que todos os que receberam orientação alimentar deveriam segui-la, onde o resultado deveria ser de 100% .

Sobre a diferença entre alimentos diet e lighth a maioria 72% (36) dos usuários disseram saber a diferença. Siqueira (2009), explica que o consumir e o saber têm algumas diferenças, e poucas pessoas sabem diferenciar. Hoje seu consumo vem crescendo no mundo nos últimos dez anos cerca de 80% sendo que 35% são consumidos por brasileiros e a grande maioria não tem conhecimento da diferença entre eles.

Com relação aos vícios, o risco de desenvolver estas patologias é altíssimo. Ao questionar os entrevistados se tinham ou tiveram algum vicio, obteve-

se o percentual de 44% (22) usuários sem vício, 30% (15) que já fumaram, 24%(12) que fumam e 2% (1), de usuários que já beberam.

Piati, Felicetti, Lopes (2009), relatam que o indivíduo que fuma tem a capacidade de elevar a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica, devido sua substancia a nicotina. Este hábito de fumar pode fazer com que a PA se altere de 5 a 10 mmHg.

Com relação a caminhada 20% (10) aos usuários afirmar fazer a caminhada e 80% (40) relatam não fazer a caminhada, entre esta porcentagem 10% (1) realiza caminhada 2 vezes na semana, 30% (3) caminham 3 vezes na semana, 20% (2)4 vezes na semana e 40% (4) relatam fazer caminhada 5 vezes na semana.

A prática de exercício físico melhora não só a condição física, como também o funcionamento do organismo, pois há uma perda de peso significativo, assim prevenindo doenças. (PIATI; FELICETTI, LOPES, 2009).

Quando foi mencionado aos usuários se estes participavam de algum grupo ou clube na comunidade, 100% (50) dos entrevistados responderam que não.

Em relação há reunião do HIPERDIA 88.% (44) dos entrevistados relataram que participam das reuniões e 12% (6) não participam devido a falta de tempo, pois trabalham. Fazer parte das reuniões faz-se necessário, pelo fato de estar sendo sempre repassando novas orientações e feito o controle da pressão do indivíduo. (MS, 2006).

Sobre a opinião dos usuários de acordo com as reuniões do HIPERDIA predominou a opinião com 20% (10) de que as reuniões são boas e que se aprende bastante coisa.

Tabela 11 – O uso de adoçante pelo nome comercial e outros temperos referidos pelos usuários do HIPERDIA, em uma ESF, Criciúma, SC.

VARIÁVEIS	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Utiliza adoçante	22	44	28	56
Se sim Qual				
Adocyl®	4	18.88	-	-
Zero Cal®	6	27.27	-	-
Stevia®	12	54.54	-	-
Utiliza outro tipo de tempero?	11	22	39	78
Se Sim Qual?				
Cebola de cabeça	2	18.18		
Sal temperado	5	45.45		
Oregano	1	9.09		
Tempero Verde	2	18.18		
Alho	1	9.09		

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao uso de adoçante 44%(22) usuários relataram fazer o uso e 56%(28) não fazem o uso. Dos 22 indivíduos que utilizam adoçantes 54.54% (12) utiliza o Stevia, 27.27%(6) usam Zero Cal e 18.88%(4) utilizam Adocyl. O consumo de adoçantes permite que os portadores de DM tenham uma maior variedade de opção na alimentação, onde em alguns casos há uma melhor aceitação pelos pacientes. (CASTRO; FRANCO, 2002).

Ao serem questionado sobre a utilização de outro tipo de tempero apenas 22%(11) relataram utilizar, sendo que 45.45%(5) preferem usar o sal temperado seguindo pela cebola de cabeça com 18.18(2), após vem o tempero verde com a mesma porcentagem 18,18%(2) e o orégano e o alho que ficou na mesma porcentagem 9.09%(1). Pelo fato de o sal temperado ser o de maior uso percebe-se ou falta de conhecimento ou dificuldade dos usuários em reduzir o uso do sal.

A maioria dos temperos escolhidos ajuda na prevenção de doenças, exceto o sal temperado. Em um estudo de Cedra (2008), este relata que alguns temperos têm propriedades de agir como diurético combate infecções além de ter

vitamina A, C e ferro. Alguns dos temperos são salsa, manjeriço e a cebolinha verde.

4.5 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NO HIPERDIA EM UMA ESF – DADOS SECUNDÁRIOS

4.5.1 Perfil socioeconômico dos usuários cadastrados no HIPERDIA.

Ao iniciar o estudo buscou-se informações com a enfermeira responsável pela unidade de ESF para saber o número de cadastrados no HIPERDIA e a informação repassada foi de 331 cadastros no HIPERDIA. Quando foi realizado levantamento dos dados obtivemos uma amostra de apenas 139 cadastros em condições de utilização das informações. Para algumas variáveis não se tem informação para todos os 139 cadastros. Muitos faltavam informações importantes tipo data de nascimento, peso e altura entre outras acabaram por inviabilizar a utilização do cadastro. Portanto nas tabelas sempre estará referido o n para cada variável. Feito o esclarecimento apresenta-se as informações referentes a questões socioeconômicas na tabela 12.

Tabela 12 – Indicadores Socioeconômicos dos usuários cadastrados no HIPERDIA de uma ESF, conforme gênero, Criciúma,SC.

Indicadores	Feminino n (86)		Masculino n (53)		Geral n (139)	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
<30	-	-	1	1.88	1	0.71
30-40 anos	4	4.65	2	3.77	6	4.31
40-50 anos	22	25.58	5	9.43	27	10.42
50-60 anos	26	30.23	27	50.94	53	38.12
60-70 anos	23	26.74	10	18.86	33	23.74
70-80 anos	9	10.46	6	11.32	15	10.79
80 anos ou mais	2	2.32	2	3.77	4	2.87
Escolaridade	n (82)		n (52)		n(134)	
Analfabeto	12	14.63	10	19.23	22	16.41
Ensino Fundamental Incompleto	22	26.82	17	32.69	39	29.10
Ensino Fundamental Completo	4	4.87	2	3.84	6	4.47

Ensino Médio Incompleto	2	2.43	-	-	2	1.49
Ensino Médio Completo	40	48.77	22	42.30	62	46.26
Ensino Superior Incompleto	1	1.21	1	1.92	2	1.49
Ensino Superior Completo	1	1.21	-	-	1	0.74
Raça	n (86)		n (53)		n (139)	
Branca	66	76.74	42	79.24	108	77.69
Preta	15	17.44	7	13.29	22	15.82
Amarela	4	4.65	-	-	4	2.87
Parda	1	1.16	4	7.54	5	3.59
Estado Civil	n (80)		n (48)		n (128)	
Solteiro	24	30	7	14.58	31	24.21
Casado	53	66.25	39	81.25	92	71.87
Divorciado	3	3.75	2	4.16	5	3.90

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2010.

Ao analisar a idade observamos que predominou na faixa de 50 a 60 anos tanto para os homens quanto para as mulheres tendo um percentual de 50.94% (27) e 30.23 (26), respectivamente.

Já para a escolaridade dos usuários 48.77% (40) das mulheres e 42.30% (22) dos homens tem o ensino médio completo, vale frisar que o índice de analfabetos foi grande para as mulheres que tiveram a porcentagem de 14.63% (12) e os homens 19.23%(10).

Segundo Ferreira, Ferreira (2008), o conhecimento do nível de escolaridade desses indivíduos poderá contribuir no planejamento das atividades de educação para o seu cuidado integral e de duas famílias, especialmente para poder ajudá-los a ter melhor qualidade de vida.

Em relação à raça, tanto para os homens quanto para as mulheres predominou para cor branca, sendo 76.74%(66) para as mulheres e 79.24%(108) para os homens.

Na questão do estado civil dos usuários 71.87%(92) de ambos os sexos eram casados. Estudos mostram que há estreita relação do sucesso do plano terapêutico com o apoio familiar (FERREIRA; FERREIRA, 2008).

4.5.2 Avaliação do estado nutricional dos usuários

Tabela 13 – Avaliação do estado nutricional pelo IMC dos usuários cadastrados no HIPERDIA de acordo com gênero, Criciúma, SC.

ADULTO						
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	Feminino (57)		Masculino (35)		Geral (92)	
	n	%	N	%	N	%
Baixo Peso	-	-	-	-	-	-
Adequado/Eutrófico	14	24.56	9	25.71	23	25
Sobrepeso	14	24.56	19	54.28	33	35.48
Obesidade	29	50.87	7	20	36	39.13

IDOSO						
	Feminino (29)		Masculino (16)		Geral (45)	
	n	%	N	%	N	%
Baixo Peso	-	-	1	6.25	1	2.22
Adequado/Eutrófico	9	31.03	10	62.5	19	42.22
Sobrepeso	20	68.96	5	31.25	25	55.55

Peso	n(86)		n(53)		n(139)	
< 50 kg	1	1.16	1	1.88	2	1.43
50 á 60 kg	9	10.46	3	5.66	12	8.63
60 á 70 kg	24	27.90	9	16.98	33	23.74
70 á 80 kg	19	22.09	12	22.64	31	22.30
80 á 90 kg	21	24.41	14	26.41	35	25.71
90 á 100 kg	6	6.97	11	20.75	17	12.23
100 á 110 kg	3	3.48	2	3.77	5	3.59
110 á 120 kg	-	-	1	1.88	1	0.71
120 á 130	2	2.32	-	-	2	1.43
>130kg	1	1.16	-	-	1	0.71

Altura	n(86)		n(53)		n(139)	
<1,50	11	12.94	1	1.88	12	8.69
1,50 á 1,60 cm	42	49.41	4	7.54	46	33.33
1,60 á 1,70 cm	28	32.94	22	41.50	50	36.23
1,70 á 1,80 cm	3	3.52	23	43.39	26	18.84
>1,80cm	1	1.17	3	5.66	4	2.89

C. da Cintura	n(62)		n(41)		n(103)	
< 70 cm	2	3.22	-	-	2	1.94
70 á 80 cm	2	3.22	3	7.31	5	4.85
80 á 90 cm	5	8.06	4	9.75	9	8.73
90 á 100 cm	21	33.87	14	34.14	35	33.98
100 á 110 cm	16	25.80	12	29.26	28	27.18
110 á 120 cm	11	17.74	6	14.63	17	16.50
>120 cm	5	8.06	2	4.87	7	6.79

Analisando o estado nutricional podemos ver que para as mulheres adultas o IMC prevalente foi obesidade e para os homens o sobrepeso. Quando observado com relação a eutrofia tanto o sexo masculino como o feminino ocorre empate.

Já nos idosos no geral predominou para sobrepeso 55.55%(25), para as mulheres o índice prevaleceu para sobrepeso 68.96%(20) e para os homens adequados com 62.5%(10).

Para o peso destes usuários as mulheres obtiveram 27.90%(24) para o peso de 60 a 70 kg e os homens 26.41%(14).

Já a altura 36.23%(50) dos usuários estão entre 1.60 a 1.70 cm.

Em relação a circunferência da cintura tanto nos homens quanto nas mulheres tiveram a medida entre 90 a 100cm sendo o percentual geral de 33.98%(35), reforçando o risco para complicação das patologias.

A tabela 14 apresenta os fatores de risco, a presença de complicações e as medicações utilizadas pelos os usuários cadastrados no HIPERDIA.

Tabela 14 – Fatores de risco, presença de complicações e medicação utilizada pelos os usuários cadastrados no HIPERDIA de uma ESF, Criciúma-SC,2010.

Indicadores	Sim		Não		Geral	
	n	%	n	%	n	%
Fatores de risco						
Cardiovascular	71	51,07	68	48.92	139	100
DM tipo 1	18	12.94	121	86.33	139	100
DM tipo 2	32	23.02	107	76.97	139	100
Tabagismo	39	28.05	100	71.94	139	100
Sedentarismo	60	43.16	79	56.83	139	100
Sobrepeso/obesidade	75	53.95	64	46.04	139	100
Hipertensão Arterial	125	89.92	14	10.07	139	100
Presença de Complicações						
Infarto agudo do miocárdio	38	27.33	101	72.66	139	100
Outras coronariopatias	26	18.70	113	81.29	139	100
AVC	22	15.82	117	84.17	139	100
Pé Diabético	1	0.71	138	99.28	139	100
Amputação por DM	1	0.71	138	0.71	139	100
Doença Renal	22	15.82	117	84.17	139	100
Medicamentos						
Hidroclorotiazida 25 mg	79	56.83	60	43.16	139	100
Propranolol 40 mg	21	15.10	118	84.89	139	100
Captopril 25 mg	80	57.55	59	42.44	139	100
Glibenciamida 5 mg	23	16.54	116	83.45	139	100
Metformina 850 mg	22	15.82	117	84.17	139	100
Insulina	4	2.87	135	97.12	139	100

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2010.

Analisando os fatores de risco 51.07%(71) usuários relataram ter risco de doença cardiovascular, 12.94%(18) DM tipo 1, 23.02%(32) DM tipo 2, 28.05%(39) tem como fator de risco o tabagismo, 43.16%(60) o sedentarismo, 53.95%(75) sobrepeso e obesidade e 89.92%(125) hipertensão arterial.

Estudos mostram que a chance de ocorrência de infarto agudo do miocárdio em pacientes com risco de doenças cardiovasculares é 1,5 a 2.33 vezes maior do que entre os que não têm (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

O sedentarismo e o tabagismo são considerados fator de risco para a mortalidade prematura (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Nas complicações 27.33%(38) dos usuários apresentam ter infarto agudo do miocárdio, 18.70%(26) relatam ter outras doenças coronariopatias, 15.82 %(22) afirmam ter AVC, 0,71(1) pé diabético e 15.82%(22) doença renal.

A presença de complicações apresentadas pelos usuários do Hiperdia, relacionados ao descontrole da hipertensão arterial, mostra que os cuidados da equipe das unidades de saúde da família deverão ser intensificados no decorrer do acompanhamento dos pacientes (FERREIRA; FERREIRA, 2008).

Em relação aos medicamentos utilizados no Hiperdia, 56.83%(79) dos usuários utilizam hidroclorotiazida 25 mgh, 15.10%(21) propranolol 40 mg, 57.55% (80) utilizam captopril 25mg, 16.54%(23) usam glibenciamida e 15.82%(22) usam metformina 850 mg e aqueles usuários com DM tipo 1 que utilizam insulina 2.87%(4) usuários.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo além da avaliação do estado nutricional dos usuários do grupo de HIPERDIA de uma ESF, a obtenção de informações mais detalhadas sobre alimentação bem como informações do risco e complicações da população cadastrada no HIPERDIA.

Um dos riscos observado é a presença do sobrepeso e obesidade em grande parte dos entrevistados. O fato de ser portador de HAS e/ou DM já é um risco e acrescido do sobre peso ou obesidade a situação tende a se agravar.

Percebeu-se também que a escolaridade é baixa tendo inclusive um numero grande de analfabetos o que aumenta a desinformação ou uma maior dificuldade de entendimento para com o tratamento dificultando o acesso a informação.

Assim, é fato que existe a necessidade de uma atenção especial por parte dos profissionais da saúde, visto que estas patologias podem ocasionar problemas renais, cardiovasculares e ate mesmo agravar a questão da obesidade, também podendo apontar que a necessidade de um profissional nutricionista nas reuniões do HIPERDIA é fundamental para que os usuários tenham informações adequadas a situação, até mesmo para reduzir os riscos de outras doenças.

Como vimos 48% dos usuários afirmaram a dificuldade no tratamento pela questão financeira ou de comprar alimentos saudáveis para seguir a dieta. É sabido que o profissional nutricionista é o mais apto a trabalhar com escolhas saudáveis para composição de uma dieta o que não significa que o custo seja alto, até por que se deve procurar adequar a necessidade do usuário a sua alimentação rotineira e ai sim adaptar o cardápio.

Com relação ao conhecimento de sódio ou açúcar nos alimentos a resposta negativa foi alta 84%, o que reflete a baixa escolaridade e a dificuldade em entender como o rotulo do alimento se apresenta. Mesmo com garantia dos direitos do consumidor a rotulagem nutricional ainda é de difícil entendimento para a maioria da população, mas os cadastrados no HIPERDIA deveriam ter um aporte maior por parte dos profissionais com relação a este entendimento.

A ESF enquanto representante do SUS tem como principal objetivo reorganizar a pratica da atenção a saúde, levando a saúde para mais perto da família.

Em se tratando de ESF, pode-se falar de grupos realizados por estas, dentre eles o HIPERDIA, que atende indivíduos com HAS e/ou DM e que deveriam propiciar reuniões a cada mês com orientações para os portadores destas patologias, porém muitas vezes estas reuniões não acontecem.

O Profissional NUTRICIONISTA fazendo parte do SUS, ou nas equipes ou no apoio como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família NASF, tem um campo vasto de atuação no HIPERDIA, e nas reuniões destes pela educação nutricional, diagnóstico nutricional entre outras, porém o ideal seria ter o profissional na equipe.

Com isso, conclui-se que as reuniões do HIPERDIA são de extrema importância para os usuários, pois além de informações fundamentais para o seu tratamento a distribuição da medicação representa mais uma garantia no seguimento do tratamento.

Com tudo o presente estudo mostra o quanto há a necessidade de reorganizar estas reuniões e fazer um trabalho voltado ao fortalecimento do acompanhamento e correto cadastro destes usuários garantindo assim uma assistência de qualidade nas ESFs do município.

Deixa-se como sugestão para futuros estudos uma investigação maior com relação aos adoçantes, pois neste trabalho houve apenas um levantamento sobre o uso e o nome comercial, necessitando, portanto mais investigações sobre os compostos destes. A sugestão é a mesma para a investigação sobre diet e light, de buscar saber se apenas o sim dado quando questionado sobre se sabe o que é diet ou light, realmente reflete o conhecimento, o saber dos usuários sobre estes produtos, lembrando também que a escolaridade dos mesmo foi baixa.

REFERÊNCIAS

ACUÑA, Katia, CRUZ, Thomaz. **Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população Brasileira**. 2004. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/abem/v48n3/a04v48n3.pdf>> acesso em 10 novembro 2010.

ACURCIO, F. A. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: ,ARCOLINO, H. (Coord.). **Curso básico sobre o SUS> (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Projeto Multiplica o Sus.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia Científica: a filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006. 59 – 68 p.

BONALUME, E.R.C; ABREU, V.D; FRAZÃO, Z.S. **Comparation of blood pressure levels of hypertensive patients submitted to a protocolo f conduct and other without guidance**. São Paulo, jun. 2009. Disponível em : < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/929/92912014025.pdf> >. Acesso em 04 agosto 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de dezembro 1988**. Diário oficial da União, Brasília, 5 out. 1988.

CASTRO, Adriana G.P.; FRANCO, Laercio J. **Caracterização do consumo de adoçantes alternativos e produtos dietéticos por indivíduos diabéticos**. Arquivos Brasileiros de Metabolismo. v. 46, n.3, junho, 2002.

CASTRO, Valdêmia, CAR, Regina. Dificuldades e facilidades dos doentes no segmento do tratamento da hipertensão. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo. V33, n° 03. 1999.

CEDRA, Cristiane. **Hipertensão e alimentação**. 2008. Disponível em: <http://www.anutricionista.com/hipertensao-e-alimentacao-html> acesso em 21 novembro 2010.

CONASS. **Legislação do SUS**. Brasília, 2003.

CORRÊA, Thiago, SILVA, Camila, CASTRO, Melina. et aL. **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento**. Artigo de revisão. Med.ABC. São Paulo. 2006.

COSTA, Eronita de Aquino, **Manual de fisiopatologia e nutrição**. Petropolis, RJ, Ed vozes, 2005.

CUNHA, Cláudia Winck. **Dificuldade no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus na atenção básica de saúde através do hiperdia- Plano de reorganização da atenção**. Porto Alegre. RS, 2009. < disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/17937>> acesso em 05 novembro 2010.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. 2ed. Manole: Barueri, 2005.

CHAZAN, ANA CLÁUDIA; PEREZ EDSON AGUILAR. **Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (hiperdia) nos municípios do estado do rio de janeiro**. Rio de Janeiro, Dez. 2007. Disponível em <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/197/80>. Acesso em 06 setembro 2010.

FERREIRA, C.L.R.A, FERREIA, Márcia Gonçalves. **Característica epidemiológica de pacientes diabéticos da rede pública de saúde- análise a partir do sistema HiperDia**. Cuiabá, MT, 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n1/v53n1a12.pdf>> acesso em 21 novembro 2010.

GOMES, J.G; SEYFFARTH, A.S; NASCIMENTO, M.A.B. **Adequação da dieta de hipertensos em relação à Abordagem Dietética para Hipertensão Arterial**. Brasília, jun. 2008. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_2art06.pdf > .Acesso em 04 agosto. 2010.

GUIMARÃES, F.P.M, TAKAYANAGUI, A.M.M. **Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de DM tipo 2**. Revista de nutrição, Campinas, SP, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rn/v15n1/a05v15n1.pdf>> acesso em: 01 novembro 2010.

GUIA básico de orientação nutricional para as equipes de saúde da atenção básica, Salvador, 2008.

LUNA, Rafael Leite. **Hipertensão Arterial: diagnóstico e tratamento**. Ed. revinter, Tijuca, RS, 2009.

MAGNANI, Daniel, STEFANUTO, Aliny, KOVASCS, Cristiane. **Nutrição ambulatorial em cardiologia**. Ed. sarvier, SP, 2007.

MELO, Elza Daniel, **O que significa a avaliação do estado nutricional**. Jornal da pediatria. Vol.78. nº5, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805357.pdf>> Acesso em 01 novembro 2010.

MINISTERIO DA SAUDE; Brasília. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627 > Acesso em 31 agosto 2010.

MINISTERIO DA SAUDE; Brasília. Disponível em : < <http://hiperdia.datasus.gov.br/>> Acesso em 31 agosto 2010.

MINISTERIO DA SAUDE; **Caderno de Atenção Básica nº15**. Brasília, 2000 < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf> Acesso em 20 outubro 2010.

MINISTERIO DA SAUDE; **Caderno de Atenção Básica**. Brasília. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd16.pdf> > Acesso em 31 agosto 2010.

MINISTERIO DA SAUDE; **Caderno de Atenção Básica 7**. Brasília,2001. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf> Acesso em 01 novembro 2010.

MOLINA, MCB; CUNHA RS; HERKENHOFF, F; MILL, JG. **Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana**. Rev. Saúde Pública v.37 n.6 São Paulo dez. 2003 < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18017.pdf>> acesso em 21 novembro 2010.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica: projetos de Pesquisas**, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

PÉRES, D.S, MAGNA, J.M, VIANA, L.A. **Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas**. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2003. Disponível em < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102003000500014&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em 04 agosto 2010.

PIATI, Jaqueline; FELICETTI, Claudia; PIATI, LOPES, Adriana. **Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense**. Rev. Brás. Hipertens. Vol.16(2): 123-129, 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-2/14-perfil.pdf> Acesso em: 19-11-2010.

PIERIN, A.M.G. **Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar**. 1ª ed. Manole, Barueri, SP, 2004.

RIBEIRO, Artur Beltrame. **Hipertensão Arterial**. Ed. Marques Saraiva, RJ, 1988.

RODRIGUEZ NETO, E. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implementação, suas dificuldades e duas perspectivas**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Estudos em Segurança Pública. Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Brasília, 1998.

SAMPAIO, H.A.C; SABRY, M.O.D. **Nutrição em doenças crônicas; prevenção e controle**. SP: Atheneu, 2007.

SIQUEIRA, Gabi. **Você sabe a diferença entre Diet e Light**. 2009. Disponível em: <<http://www.formosoportal.com.br/voce-sabe-a-diferenca-entre-light-e-diet>> Acesso em: 20 novembro 2010.

VAUGHAN, Patrick; MORROW, R. H. **Epidemiologia para municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários**. 3.ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 180 p.

VINHAL, Marcos. **Hipertensão arterial-consumo excessivo de sal nos alimentos industrializados**. 2008. Disponível em: <<http://www.revistavigor.com.br/.../hipertensao-arterial-consumo-excessivo-de-sal-nos-alimentos-industrializados>> Acesso em: 21 novembro 2010.

APENDICE

Questionário = Caracterização dos entrevistados

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Escolaridade Quantos anos estudou?: _____

Estado Civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo () outro

Ocupação: _____

Peso: _____ Altura: _____

Qual a renda familiar? _____

Qual sua renda Individual? _____

Quantas pessoas moram na casa? _____ Quantas trabalham? _____

A Casa é Casa própria () Alugada () Financiada () Cedida ()

Dados específicos da pesquisa:

1. O Sr(a) tem hipertensão ou pressão alta?

Sim () Não ()

- O Sr(a) tem Diabete?

Sim () Não ()

2. O Sr(a) sabe o que é hipertensão ou pressão alta?

Sim () Não ()

Se sim o que é? _____

- O Sr(a) sabe o que é Diabete?

Sim () Não ()

Se sim o que é? _____

3. No momento em que descobriu ter hipertensão, recebeu alguma orientação sobre a necessidade de tratar a hipertensão para sempre?

Sim () Não ()

- No momento em que descobriu ter diabete, recebeu alguma orientação sobre a necessidade de tratar a diabete para sempre?

Sim () Não ()

4. O Sr. (a) toma medicação nos horários recomendados ?

Sim () Não ()

5. No momento em que descobriu ter hipertensão, recebeu alguma orientação sobre sua alimentação?

Sim () Não ()

Se sim qual? _____

De quem? _____

- No momento em que descobriu ter diabete, recebeu alguma orientação sobre sua alimentação?

Sim () Não ()

Se sim qual? _____

De quem? _____

6. O Sr. (a) utiliza outro tempero no seu alimento sem ser o sal?

Sim () Não ()

Sem sim qual? _____

- O Sr. (a) utiliza adoçante?

Sim () Não ()

Sem sim qual? _____

7. O Sr. (a) tem conhecimento da quantidade de sódio (sal) presente nos alimentos?

Sim () Não ()

- O Sr. (a) tem conhecimento da quantidade de açúcar presente nos alimentos?

Sim () Não ()

8. O Sr. (a) sabe qual a diferença entre alimento DIET e alimento LIGHT?

Sim () Não ()

9. O Sr. (a) já teve ou tem algum vício ?

() fuma () fumou () bebe () bebia

10. O Sr. (a) costuma fazer caminhada?

Sim () Não ()

Se sim quantas vezes na semana? _____

11. O Sr.(a) participa de algum grupo ou clube de sua comunidade?

Sim () Não ()

Se sim qual? _____

12. O que dificulta o (a) Sr. (a) a seguir o tratamento da hipertensão?

- Marcar consulta médica;
- Tomar os medicamentos;
- Dinheiro para a compra de alimentos saudáveis;
- Diminuir o sal da comida;
- Comer sem sal;
- Outro: _____

- O que dificulta o (a) Sr. (a) a seguir o tratamento da diabetes?

- Marcar consulta médica;
- Tomar os medicamentos;
- Dinheiro para a compra de alimentos saudáveis;
- Diminuir os doces da comida;
- Comer sem açúcar, usar adoçante;
- Outro: _____

13. O Sr (a) acha que a dieta é um cuidado importante no tratamento da diabetes e hipertensão?

- Sim Não Não sabe

14. O Sr (a) já recebeu alguma orientação de dieta para diabetes e hipertensão?

- Sim Não Não sabe

15. Quem orientou essa dieta para o Sr (a)?

- Médico Nutricionista Enfermeira Não sabe
 Outros _____

16. O Sr (a) segue atualmente essa dieta recomendada?

- Sim Não Mais ou menos

17. O Sr (a) participa dos grupos do hiperdia, das reuniões?

- Sim Não Porque? _____

18. Qual sua opinião sobre os grupos, reuniões, como o Sr (a) acha que deveriam ser?

Adaptado de Castro & Car, 1999, Ávila, PRM, 2009

Obrigada pela atenção!

ANEXO



MS - HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1ª Via: Enviar para digitação
CADASTRO DO
HIPERTENSO E/OU
DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód SIA/SUS (*)		Número do Prontuário				
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)								
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				*Data Nascimento	*Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai					
*Raça/Cor (TV)	*Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização / /			
Nº Portaria	UF Muni. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	*Estado Civil (TV)	Nº Cartão SUS				
DOCUMENTOS GERAIS								
Título de Eleitor	Número		Zona	Série				
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /			
CPF	Número		PIS/PASEP	Número				
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)								
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /			
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório		Livro			
	Folha		Termo		Data de Emissão / /			
ENDEREÇO (*)								
Tipo Logradouro	Nome do logradouro			Número	Complemento			
Bairro	CEP		DDD	Telefone				
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE								
Pressão Arterial Sistólica(*)	Pressão Arterial Diastólica(*)	Cintura (cm)		Peso (Kg) (*)				
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial				
Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações		Não Sim			
Antecedentes Familiares - Cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio					
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias					
Diabetes Tipo 2			AVC					
Tabagismo			Pé diabético					
Sedentarismo			Amputação por diabetes					
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal					
Hipertensão Arterial								
TRATAMENTO								
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>								
Medicamentoso								
Comprimidos/dia					Unidades/dia			
Tipo	1/2	1	2	3	4	5	6	Insulina <input type="text"/>
Hydroclorotiazida 25 mg								
Propranolol 40 mg								
Captopril 25 mg								
Glibenciamida 5 mg								
Metformina 850 mg								
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
Data da Consulta (*) / /		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)						

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção; nome do pai; data naturalização e nº portaria se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento DDD e Telefone
 (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV= Tabela no verso do formulário.

TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Eu Rafaella Brero Marcon acadêmica do curso de Nutrição da UNESC venho através deste convidá-lo para participar do meu projeto para o trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado por “AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE USUARIOS PARTICIPANTES DO HIPERDIA EM UMA ESF, CRICIÚMA, SC”, onde tem como objetivo apresentar o perfil socioeconômico e avaliar o estado nutricional dos usuários do Hiperdia. Embora o (a) Sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) Sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao Sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) Sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

A coleta de dados será realizada pela acadêmica Rafaella Brero Marcon (TEL:48-35243955 / 48- 96163448) da 7ª fase da Graduação de Nutrição da UNESC e orientado pela professora MSc. Paula Rosane Vieira Guimarães.

Criciúma (SC)_____de_____de 2010.

Nome do participante:

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora



Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Resolução

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 262/2010

Pesquisador:

Paula Rosane Guimarães
Rafaela Marcon

Título: "Avaliação do estado nutricional de usuários participantes do hiperdia em uma ESF, Criciúma, SC".

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Criciúma, 16 de novembro de 2010.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Schwalm'.

Mágada T. Schwalm

Coordenadora do CEP