

## Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG

Social-sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeira, Minas Gerais State

Rosângela Minardi Mitre Cotta<sup>1</sup>  
 Kelly Cristina Siqueira Batista<sup>1</sup>  
 Roberta Sena Reis<sup>1</sup>  
 Gisele Adriana de Souza<sup>1</sup>  
 Glauce Dias<sup>1</sup>  
 Fátima Aparecida Ferreira de Castro<sup>1</sup>  
 Rita de Cássia Gonçalves Alfnas<sup>1</sup>

**Abstract** *The objective of this study was to outline the social-sanitary profile and the lifestyle of hypertensive and/or diabetic people from the city of Teixeira- MG. Semi-structured household interviews were conducted with hypertensive and/or diabetic people randomly selected from the Family Health Program of the city of Teixeira - MG. A total of 150 hypertensive (10% of the hypertensive population) and 30 diabetics (12.98% of the diabetic population) people were interviewed. There were a predominance of elder people (average age = 63.59 ± 13.12 years old), mostly women (74.4%), with low literacy (40.9% of illiterates) and low income (average = 0.5 minimum wage). The treatment was basically the use of medication (96.6%), and there was a high prevalence of sedentary people (67.4%). Besides that, there was a daily high intake per capita of sugar (153g ± 110.66g), salt (18 g ± 21.26g) and oil (60 g ± 43.23g) . The results of this study showed the importance of a multi-professional intervention by means of the Family Health Program with the objective of promoting the adoption of healthy habits and lifestyle in order to prevent complications of these morbidities, and to provide a better life quality to these people.*

**Key words** *Lifestyle, Hypertension, Diabetes, Family health*

**Resumo** *O objetivo deste estudo foi traçar o perfil socio-sanitário e estilo de vida da população hipertensa e/ou diabética do município de Teixeira (MG). Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas nos domicílios de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Saúde da Família de Teixeira (MG), selecionados aleatoriamente. Foram entrevistados 150 hipertensos (10,33% da população hipertensa) e 30 diabéticos (15% da população diabética), havendo uma predominância de indivíduos idosos (idade média=63,59 ± 13,12 anos), do sexo feminino (74,4%), de baixa escolaridade (40,9% de analfabetismo) e de baixa renda (mediana de 0,5 salário mínimo). O tratamento destas morbididades foi basicamente medicamentoso (96,6%); houve uma elevada prevalência do sedentarismo (67,4%). Além disso, houve um grande consumo per capita diário de açúcar (153g ± 110,66g), sal (18g ± 21,26g) e óleo (60g ± 43,23g). Os resultados obtidos apontam para a importância de intervenções multiprofissionais, por meio do Programa de Saúde da Família, com o objetivo de promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, prevenir complicações dessas doenças e proporcionar melhoria da qualidade de vida.*

**Palavras-chave** *Estilo de vida, Hipertensão, Diabetes, Saúde da família*

<sup>1</sup>Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, UFV. Av. P.H. Rolfs s/n, Campus Universitário. 36570-000 Viçosa MG. rmmitre@ufv.br

## Introdução

As principais causas de óbito no mundo ocidental são atribuídas às complicações decorrentes dos processos ateroscleróticos nos vasos sanguíneos. Dados do DATASUS (1999) informam que os acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e hemorrágicos representam as principais causas para a mortalidade no Brasil. O mesmo aconteceu em 2002, visto que as doenças do aparelho circulatório figuram como as principais causas de morte (31,5%) no país. Neste mesmo ano, o coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100.000 habitantes foi igual a 50, seguido de 35,2 por infarto agudo do miocárdio. Deve-se considerar, porém, que as primeiras manifestações dessas doenças cardiovasculares são o infarto agudo do miocárdio ou morte súbita, daí a importância de prevenir a doença, o que se tem fundamentado no controle dos fatores de risco<sup>1-3</sup>.

A American Heart Association e o American College of Cardiology, em 1999, determinaram como os principais fatores de risco, ou seja, fatores relacionados de forma independente, o tabagismo, a elevação do colesterol e de LDL, redução de lipoproteínas de alta densidade (HDL), idade avançada, a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus do tipo 1 ou 2 (DM1 ou DM2). Aspectos como escolaridade, renda e ocupação também devem ser considerados, por influenciarem diretamente o perfil das doenças crônicas não-transmissíveis<sup>1,4</sup>.

Em relação à hipertensão arterial sistêmica, foi demonstrado que a redução de 5 a 6 mmHg da pressão arterial reduz o risco de doenças ateroscleróticas, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca em até 15%, 40% e 50%, respectivamente, dentro de um período de cinco anos<sup>1</sup>.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão é a redução do risco da doença cardiovascular – minimizando as mortes prematuras e os eventos altamente incapacitantes, como os quadros de acidente vascular cerebral (AVC), independente se o médico optar por um tratamento medicamentoso e/ou por orientações e outros tipos de tratamentos multiprofissionais. Torna-se importante ainda que o hipertenso seja abordado de forma a considerar todos os fatores de risco presentes, minimizando-os, e não só a pressão arterial isolada<sup>2,5</sup>.

A realidade é que poucos hipertensos têm a sua pressão arterial controlada de forma efetiva, o que pode ser explicado pela baixa aderência ao tratamento. Cerca de 35% a 83% dos portadores de hipertensão sequer conhecem sua condição de portadores da doença. Entre pacientes que estão em

tratamento, de 75% a 92% não conseguem manter seus níveis pressóricos controlados<sup>6</sup>.

Já em pacientes diabéticos tipo 2, as doenças cardiovasculares são responsáveis por até 80% das mortes, sendo que essa população tem o risco relativo desse tipo de morte três vezes maior que da população em geral. A associação de uma alimentação rica em frutas e vegetais e a prevenção das complicações do diabetes se dão não só pelo controle da obesidade quanto pelo efeito dos fitonutrientes presentes nestes alimentos. É comprovado ainda que a prática regular de atividade física e a redução do peso podem reduzir a incidência de DM tipo 2 em indivíduos com intolerância à glicose<sup>7,8</sup>.

Deve-se destacar que a precoce identificação, a assistência oferecida e o acompanhamento adequado aos portadores de hipertensão e diabetes, e o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde, são essenciais para o sucesso do controle desses agravos, prevenindo as complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade das doenças cardiovasculares, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS associado às doenças crônicas<sup>9</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, custos diretos para o atendimento ao diabetes mundialmente variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. A hipertensão é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. A redução do acidente vascular encefálico e a doença coronariana, por meio da identificação dos portadores de hipertensão e do controle adequado dos níveis pressóricos, poderá ter grande impacto no SUS, em termos de decréscimo da morbimortalidade e de diminuição dos custos sociais e financeiros<sup>9</sup>.

As medidas de intervenção comunitária para mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos mais saudáveis devem ser sustentáveis ao longo prazo e devem incluir todos os grupos sociais, especialmente aqueles com menores possibilidades de escolha em razão da pobreza e da exclusão social. No entanto, alguns aspectos devem ser considerados para o desenvolvimento de estratégias efetivas de promoção da saúde na população geral<sup>8</sup>.

O Programa de Saúde da Família (PSF) implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, centrado na atenção básica à saúde, com enfoque na família, surge como um modelo democrático,

universal e integral. Este modelo objetiva reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, individualista, curativista, biologicista, hospitalar, ou seja, dar um salto qualitativo de um modelo procedimento-centrado para um modelo usuário-centrado<sup>10</sup>.

A atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilita às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções. É inquestionável o papel da família nesse processo, considerada como unidade básica da sociedade, pois é por meio desta que se adquirem condutas, hábitos e valores, aspectos fundamentais para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde<sup>11</sup>.

Convém ressaltar ainda os princípios do PSF de territorialização, intersectorialidade, descentralização, hierarquização, regionalização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais de risco. O programa apresenta características como área de abrangência e adscrição de famílias; equipe multiprofissional; ação preventiva e de promoção à saúde a partir de prioridades epidemiológicas da área adstrita; participação comunitária e controle social (por meio dos Conselhos Municipais de Saúde) e ênfase em ações programáticas, que reduzam a demanda sobre centros de saúde e hospitais; tudo isto respaldado nos princípios de humanização das práticas de saúde, democratização do conhecimento sobre processo saúde e doença, acolhimento e cuidado à saúde<sup>10,12,13</sup>.

Nos países em desenvolvimento, atualmente há um consenso sobre a importância da adoção precoce de hábitos de vida saudáveis para a prevenção de problemas de saúde. Todos os países concordam em colocar em prática programas de educação sanitária, com objetivo de prevenir doenças e complicações mediante modificações nos comportamentos humanos, destacando-se o PSF enquanto importante estratégia de atenção à saúde<sup>14</sup>.

Neste sentido, vários estudos têm sido realizados para identificar conhecimentos, atitudes e práticas da população para diversas doenças, a fim de nortear as estratégias de educação em saúde. A existência de estilos de vida que tendem a ser estáveis com o tempo, o que inclui crenças, atitudes e hábitos comuns a todos, além dos prazeres individuais, exerce grande influência para que as pessoas não se motivem a adotar comportamentos saudáveis, como a prática de atividade física regular, moderação do sal, do álcool, de calorias e abstinência do fumo<sup>15</sup>.

Diante desta perspectiva, este trabalho vê como

objetivo traçar o perfil socio-sanitário e estilo de vida da população com hipertensão e/ou diabetes usuária do PSF do município de Teixeira (MG) e identificar nesta comunidade as principais dificuldades ou fatores que realmente interferem no tratamento destas doenças.

## Metodologia

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, no qual foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, em visitas domiciliares, que ocorreram entre os meses de maio a setembro de 2005. As entrevistas diretas foram realizadas por uma equipe de entrevistadores, devidamente treinados, sendo os entrevistadores acompanhados e apresentados aos usuários pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

Foi criado um formulário especificamente para este estudo, contendo questões relacionadas à escolaridade, renda, principais cuidados tomados em relação às doenças, realização de exames, administração de medicamentos, prática de atividade física, acompanhamento profissional e participação da família.

Realizou-se previamente um estudo piloto em população com características semelhantes às de Teixeira, porém em município distinto do estudo (Viçosa, MG), com o objetivo de revisar o formulário proposto e direcionar aspectos da investigação<sup>16,17</sup>.

O estudo foi realizado com uma amostra representativa (aleatória) da população hipertensa e/ou diabética cadastrada no PSF de Teixeira (MG). Assim, foram entrevistadas 180 usuários, representando 10,33% da população de Teixeira com hipertensão e 15% da população com diabetes<sup>18</sup>. Dado que vários estudos presentes na literatura indicam a hipertensão como uma complicação frequente do diabetes, os usuários que apresentam ambas as patologias foram categorizados como pertencentes à amostra do diabetes<sup>19</sup>. Neste sentido, participaram do presente estudo 150 usuários diagnosticados somente como hipertensos e trinta como diabéticos (25 com hipertensão e diabetes e cinco somente com diabetes). Para a obtenção desta amostra, foi realizado um sorteio com os nomes de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, obtidos através dos prontuários médicos do PSF.

A pesquisa foi realizada no município de Teixeira, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais. Este município apresentou, no ano de 2000, uma população residente de 11.149 habitantes<sup>20</sup>. De acordo com as condições socioeconômicas,

observa-se que a taxa de analfabetismo deste município é de aproximadamente 4% na população com 18 a 24 anos e de 17% na população adulta com mais de 25 anos no ano de 2000<sup>21</sup>; destaca-se que, internacionalmente, níveis de analfabetismo acima de 5% são considerados inaceitáveis<sup>22</sup>.

As principais atividades econômicas do município são a agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal. A renda *per capita* média é de R\$171,89 (cento e setenta e um reais e oitenta e nove centavos), sendo que o número de pessoas que vivem a baixo da linha da pobreza, neste caso definida como pessoas que vivem com renda *per capita* domiciliar inferior a R\$75,50 (setenta e cinco reais e cinquenta centavos) - o equivalente a meio salário mínimo vigente no período de 2000 - é de 46,1%<sup>21</sup>.

Diante destes dados, acredita-se que a realidade estudada possa ser extrapolada para muitos municípios brasileiros que apresentam as mesmas características socioeconômicas e demográficas.

A realização da pesquisa no município de Teixeira justifica-se pelo fato deste atender aos requisitos, orientações e diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde em relação ao PSF, e por contar com o apoio da prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e equipe do PSF para a realização da pesquisa e posteriores atividades de extensão a serem realizadas segundo as necessidades diagnosticadas, além do PSF cobrir 100% da população. O PSF de Teixeira possui quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), cada equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACSs (equipe mínima do PSF), além de um nutricionista e dentista que atuam em todas as equipes<sup>23</sup>.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população total deste município, estimada em 2005, é de 11.854. Dentre esses indivíduos, dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) demonstram que, em abril do mesmo ano, têm-se 1.451 hipertensos (12,24%) e 200 diabéticos (1,69%) cadastrados no PSF<sup>20,24</sup>.

Os dados coletados foram digitados e analisados no software Epiinfo 6.0, com auxílio do programa Microsoft Excel 2000. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Todos os indivíduos que aceitaram participar do estudo assinaram um termo de consentimento livre esclarecido.

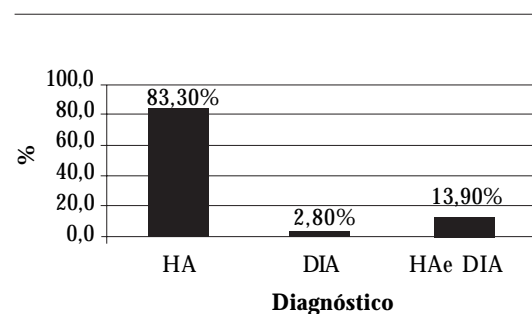
## Resultados

Em relação à distribuição das doenças, conforme está demonstrado na Figura 1, 83,30% (150) dos

usuários amostrados apresentavam apenas hipertensão, 13,90% (25), hipertensão e diabetes e 2,80% (5), somente diabetes. Verificou-se entre os entrevistados uma predominância do sexo feminino, com uma prevalência de 74,4%. O mesmo ocorreu quando os entrevistados foram avaliados separadamente por doença. A idade dos entrevistados estudados oscilou entre 14 e 93 anos, com uma média de 63,59 + 13,12 anos e uma mediana de 63,5 anos. Um dado relevante em relação à população estudada se refere à baixa escolaridade da mesma, sendo que 40,9% dos usuários eram analfabetos, 14,0% apenas liam e escreviam e 34,5% tinham o ensino fundamental incompleto. Ao considerar a renda total da família e o número de dependentes, verificou-se que a renda *per capita* teve uma mediana de 0,50 salários mínimos; com o mínimo de 0,08 e máximo de 2,43 salários mínimos.

Em relação à frequência de realização de exames, foi observado que a mediana de exames de sangue (glicemia) realizados foi igual a um por ano, enquanto a mediana de aferição de pressão arterial foi igual a uma por mês. A maioria dos entrevistados (77,5%) não relatou qualquer dificuldade para realizar esses exames. Para os 22,5% que afirmaram ter dificuldades na realização dos exames, os principais motivos foram falta de transporte (44%), fatores econômicos (20%), demora para marcação do exame e consultas (16,0%), falta de solicitação de exames pelo médico (8,0%), além de questões familiares (8,0%) - pessoas que são cuidadoras de outros familiares.

Dos entrevistados, 96,6% faziam uso de algum medicamento, normalmente mais de um, sendo que destes apenas 5,8% não o(s) utilizavam regular-



### Legenda

HA = Hipertensão Arterial DIA = Diabetes Mellitus

**Figura 1.** Distribuição da população de acordo com o tipo de doença apresentada, município de Teixeira (MG), 2005.

mente, geralmente por motivos econômicos. Os principais medicamentos utilizados foram captopril (58,1%), hidroclorotiazida (46,4%), nifedipina (22,9%) e metildopa (12,8%), anti-hipertensivos; AAS (14,5%), usado para evitar a agregação plaquetária; cloridrato de propranolol (11,7%) e hipoglicemiantes (57,0%). Dentre os hipoglicemiantes, foram mais citados sulfoniluréias (glibenclâmida e glibeprida) e biguanidas (metformina).

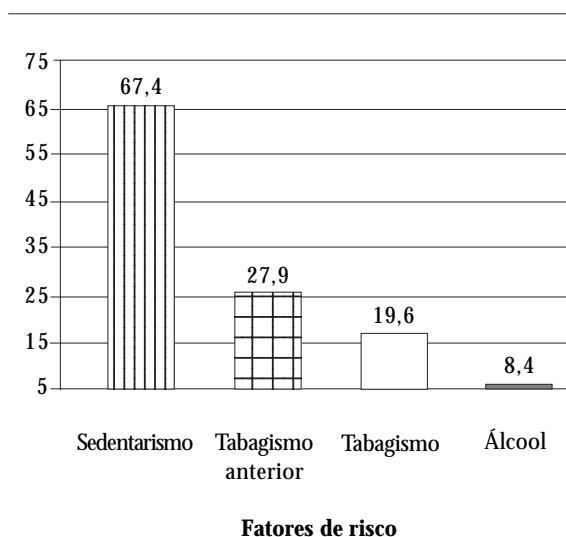
Alguns hábitos considerados como fatores de risco para as doenças crônicas foram abordados na entrevista. Verificou-se que o percentual de indivíduos que afirmaram praticar alguma atividade física regular, ou seja, exercícios dinâmicos, como andar, correr, pedalar, nadar, com frequência de três a cinco vezes por semana, com duração entre 15 e 60 minutos<sup>25</sup>, foi baixo (32,6%), sendo predominante a caminhada (87,9%). Apenas 8,6% tiveram a orientação de um educador físico para tal prática. Dos usuários que praticavam atividade física, 31,9% tinham alguma dificuldade para fazer exercícios, sendo as principais queixas dor nas pernas, articulações ou coluna (54,2%) e o cansaço (16,7%) (Figura 2).

Outros fatores de risco importantes, que podem acarretar em um prejuízo do controle das doenças, foram os elevados consumos *per capita* diários médios de açúcar (153g ± 110,66), óleo (60g ± 43,23g) e sal (18g ± 21,26g). Estes valores *per*

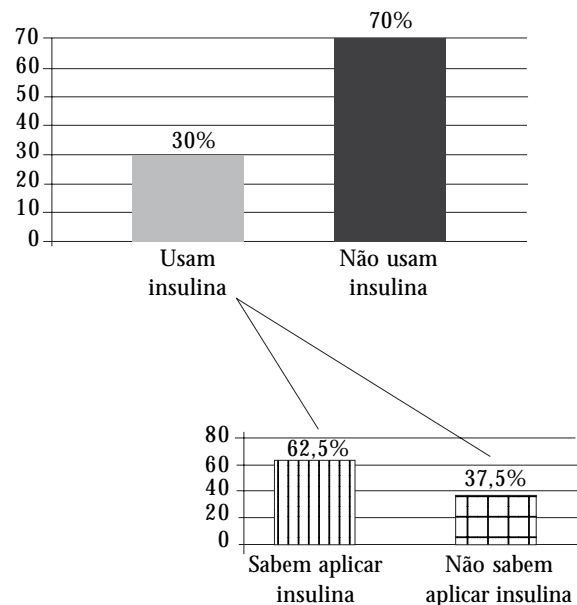
*capita* foram calculados a partir da disponibilidade da lista de compras mensal, o que, indiretamente reflete o consumo *per capita* destes alimentos. Mais especificamente, foi perguntado aos entrevistados a respeito da quantidade mensal adquirida e consumida destes alimentos pela família, por exemplo, número de latas de óleos, quilos de açúcar e sal, etc. No entanto, um dado relevante foi que 97,2% dos entrevistados afirmaram não adicionar sal à comida já preparada e 74,9% utilizavam somente o óleo vegetal para o preparo das refeições, embora houvesse uma prevalência de 25,2% do uso de banha de porco.

Houve uma baixa prevalência do consumo de bebida alcoólica na população (8,4%), com a mediana da frequência igual a uma vez por semana, sendo mais consumidos cerveja e vinho. Porém, 19,6% fumavam até o momento da entrevista e 27,9% já fumaram, por um período cuja mediana foi igual a vinte anos (Figura 2).

Em relação aos cuidados específicos com o diabetes, de acordo com a Figura 3, observou-se que entre os diabéticos, apenas 30% utilizavam insulina, sendo que destes 62,5% sabiam aplicá-la.



**Figura 2.** Prevalência de fatores de risco, sedentarismo, consumo de bebida alcoólica e tabagismo, em hipertensos e/ou diabéticos, município de Teixeira (MG), 2005.



**Figura 3.** Prevalência do uso de insulina e dentre os indivíduos que usam insulina, prevalência dos que sabem aplicá-la, município de Teixeira (MG), 2005.

Além disso, um dado relevante é que a maior parte dos entrevistados com diabetes (56,7%) não examinava seus pés. Não obstante, 43,3% examinavam diariamente os pés, sendo este exame realizado pelo próprio usuário. Um outro dado importante é que, segundo os entrevistados, a família cooperava com os cuidados da doença em 73,4% dos casos. Por fim, foi questionado se os portadores de diabetes e/ou hipertensão tiveram alguma dificuldade ocasionada por mudanças no estilo de vida decorrentes das doenças, sendo que 73,9% afirmaram não ter encontrado qualquer problema. Dos 26,1% restantes, as dificuldades foram relacionadas principalmente às mudanças de hábitos no que diz respeito à alimentação (71,7%), às limitações de trabalho e de prática de exercícios (15,2%) e à redução do consumo de bebida alcoólica (13,0%).

## Discussão

Os resultados do presente estudo apontaram para uma predominância do sexo feminino (74,4%), mesmo quando avaliado separadamente por doença. Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com diabéticos atendidos em nível de atenção primária em Belo Horizonte (MG), no período de 1993 a 2000, no qual se observou uma prevalência de mulheres em acompanhamento nas Unidades de Saúde<sup>26</sup>. Da mesma forma, em estudo realizado com hipertensos atendidos na USB em São Paulo, a maioria dos pacientes foi do sexo feminino (68,8%). Essa predominância pode sugerir uma maior preocupação das mulheres com sua própria saúde ou ainda uma maior acessibilidade destas aos serviços de saúde, acessibilidade esta que pode estar relacionada à existência de um maior número de programas de saúde nas UBS direcionados às mulheres quando comparado aos homens, acrescido ao fato de que, na maioria das vezes, são as mulheres que acompanham as crianças aos serviços de saúde, facilitando assim o acesso às atividades e às equipes de saúde, entre outros<sup>27</sup>.

A média da idade dos entrevistados foi de 63,59 anos, superior à encontrada em estudo com diabéticos realizado no Rio Grande do Sul, entre 1999 e 2000, no qual a média de idade dos indivíduos participantes foi de 44 anos<sup>7</sup>. Nas Américas, dentre os países desenvolvidos, haverá um aumento da prevalência de diabetes, principalmente nas faixas etárias mais avançadas, o que é explicado pelo aumento da expectativa de vida. Já nos países em desenvolvimento, este crescimento será observado em todas as faixas etárias, mas principalmente no grupo de 45 a 64 anos, grupo que deverá ter sua preva-

lência triplicada nos próximos vinte anos. Isto acarreta um custo maior para os serviços de saúde, além do impacto negativo sobre a qualidade de vida<sup>28</sup>.

Os usuários estudados são na maioria de baixa escolaridade. Observa-se que 54,9% têm menos de quatro anos de estudo e podem ser considerados, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, como analfabetos funcionais<sup>29</sup>; quando se associa a estes os 34,5% que tinham o ensino fundamental incompleto, tem-se 89,4% dos usuários entrevistados com baixa escolaridade. Este fato irá influenciar na adesão ao tratamento, seja pelas menores condições financeiras, seja pela falta de conhecimento, como será avaliado posteriormente.

Dados similares foram encontrados em estudo realizado em Ribeirão Preto com indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo 2 no ano de 1999, no qual 82,7% dos entrevistados tinham o primeiro grau incompleto. Também em estudo realizado no Rio Grande do Sul, cerca de 42% dos indivíduos não completaram o ensino<sup>7,30</sup>. Essa baixa escolaridade, comum às diferentes regiões do país, pode representar dificuldades no entendimento das orientações realizadas pela equipe multiprofissional, assim como no seguimento do tratamento, sendo, portanto, um importante indicador a ser observado tanto pelos gestores, como pela equipe no planejamento de estratégias, programas, propostas e ações destinadas a este grupo populacional.

O tratamento destas doenças era primordialmente medicamentoso. Para o tratamento da hipertensão arterial, grande parte dos indivíduos faziam uso de medicamentos anti-hipertensivos, sendo os principais utilizados o captopril, hidroclorotiazida e nifedipina; embora não avaliado neste estudo, é importante destacar que esses medicamentos podem causar efeitos colaterais em seus usuários.

O captopril, inibidor da enzima conversora da angiotensina, pode provocar tosse, paladar metálico, anorexia, diarreia e obstipação. Deve-se ter precaução com diabéticos, pois o fármaco pode provocar redução na glicemia. Além disso, ele retarda o declínio da função renal em indivíduos com nefropatia diabética. Juntamente com o uso de hidroclorotiazida (diurético), pode ser necessária a suplementação da dieta com o potássio. Outras possíveis reações adversas do hidroclorotiazida são vertigens, tremores, cefaléias, náuseas, vômitos, hiperuricemia, etc. Deve-se ter precaução em diabetes, regulando a dose de insulina e de hipoglicemiantes orais, já que aumenta a glicemia, sendo que também pode potencializar desajustes no metabolismo lipídico<sup>31,32</sup>.

No caso do fármaco nifedipina, antagonista dos canais de cálcio, os efeitos colaterais mais co-

muns são náuseas, dispepsia, flatulência, obstipação. Este medicamento não provoca alterações no metabolismo lipídico e no de carboidratos<sup>31,32</sup>.

Em relação à escolha dos anti-hipertensivos, aspectos como o impacto dessas drogas na qualidade de vida dos pacientes devem ser considerados, assim como a eficácia, condições socioeconômicas, uso combinado de outros anti-hipertensivos, tolerabilidade dos mesmos, entre outros. Alguns estudos informam que os efeitos colaterais destes medicamentos têm comprometido a qualidade de vida dos indivíduos, principalmente quando administrados em doses maiores<sup>33</sup>. Daí a importância de serem incorporados hábitos de vida saudáveis, como a atividade física, associados aos medicamentos, a fim de reduzir a quantidade ministrada no mesmo. O elevado nível de atividade física diária correlaciona-se com menores níveis de pressão arterial em repouso. Além disso, o exercício físico aeróbio reduz cerca de 3,8 mmHg da pressão sistólica e 2mmHg da pressão diastólica<sup>34</sup>.

Quanto aos fatores de risco, menos de um terço da população entrevistada (32,6%), do município de Teixeira pratica alguma atividade física. Porém, esta prevalência ainda é superior à encontrada pelo inquérito realizado pelo IBGE em 1996-1997 nas regiões Sudeste e Nordeste, que foi igual a 13%. Atualmente, as evidências quanto aos padrões de atividade física da população em geral apontam para um baixo gasto energético e para o crescimento do sedentarismo. O risco relativo para hipertensão e para doenças cardiovasculares causadas por este fator de risco é estimado em 2,1 e 1,9, respectivamente. Assim, o estímulo para a prática de atividade física, realizada de forma moderada e regular, por um tempo mínimo de trinta minutos, torna-se benéfico para redução da incidência das doenças crônicas não-transmissíveis, sendo, portanto, importante o estímulo destas práticas de atividades físicas pela equipe multiprofissional<sup>1,8</sup>.

Apesar do baixo percentual de indivíduos que tiveram orientação de um educador físico (apenas 8,6%) neste estudo, deve-se destacar a importância da prescrição individualizada dos exercícios físicos, sendo estes planejados segundo as necessidades, metas, capacidades iniciais e história clínica do paciente. Desta forma, os benefícios e a segurança dos exercícios físicos podem ser potencializados, promovendo o desenvolvimento da capacidade cardiovascular, força e resistência muscular, além da flexibilidade muscular<sup>34</sup>.

Em relação às práticas alimentares, a situação é bastante preocupante, já que os consumos *per capita* diários de açúcar (153g), de sal (18g) e de óleo (60g) foram muito superiores às quantidades

recomendadas pela Pirâmide Alimentar Adaptada<sup>35</sup>. De acordo com tal recomendação, a ingestão de açúcar deve variar de 27,5 g a 55g de açúcar e a de óleo, de 8,11g a 16,22g. Quanto ao consumo de sal, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) recomenda a ingestão de 6 g *per capita* diários<sup>36</sup>. Vale ressaltar a importância da integração da equipe multiprofissional do PSF no desenvolvimento de atividades interdisciplinares em grupo, além de orientações individuais e familiares relacionadas à reeducação nutricional, assim como o desenvolvimento de estratégias que estimulem a mudança de hábitos alimentares e estilo de vida da população em geral.

A baixa prevalência do consumo de cerveja e vinho pode ser considerada como um fator positivo nesta população. Apesar dos efeitos favoráveis dos flavonóides presentes no vinho tinto, como a diminuição da formação da placa aterosclerótica, o consumo elevado de álcool associa-se à maior mortalidade total, morte súbita arritmica, hipertensão arterial, cardiomiopatia, acidente vascular cerebral hemorrágico, doença hepática e pancreática, e diversas formas de câncer<sup>1</sup>. Uma das dificuldades de ter o controle do uso de bebidas alcoólicas é o fato de existir a aceitação social da bebida. Os prejuízos apontados pelas pessoas à bebida alcoólica estão mais associados à forma e a frequência como ela é usada, do que ao seu uso em si<sup>15</sup>.

Em relação ao tabagismo, quase metade dos entrevistados fumam ou já fumaram (47,5%). Deve-se destacar que este hábito, seja ativo ou passivo, é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, acelerando a progressão das lesões ateroscleróticas, além da ocorrência de fenômenos trombóticos. Diante disto, é necessário que sejam adotadas estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle dessas doenças, visto que muitas vezes os indivíduos só se sentem motivados a se absterem deste hábito após apresentarem algumas manifestações dessas doenças<sup>1,8</sup>.

No grupo dos diabéticos, mais da metade dos entrevistados em uso de insulina sabiam aplicá-la; porém, devem ser feitos trabalhos no sentido de treinar todos os pacientes para esta função. Pesquisadores relatam que 60% a 80% dos pacientes diabéticos em uso de seringas falham em algum aspecto na administração de insulina<sup>37</sup>. O método mais tradicional e conhecido pela população é o das injeções subcutâneas, administradas três a cinco vezes por dia, em média, mas outras formas alternativas vêm sendo utilizadas ou estão em fase de estudo, como as canetas de insulina, a insulina por via inalatória, a barra de insulina e a bomba de infusão contínua. O sucesso da terapia insulínica

está associado não só à dosagem do hormônio, mas também à forma de administrá-lo. Até mesmo o local de aplicação pode acarretar quadros de hipoglicemia, caso a pessoa vá fazer um exercício depois utilizando grupamentos musculares de áreas que coincidam com o local onde o hormônio foi injetado<sup>25</sup>.

Outro dado relevante observado neste estudo foi o grande número de pessoas que não examinavam seus pés. A neuropatia diabética periférica, a desinformação sobre os cuidados com os pés, a presença de pontos de pressão anormal que favorecem as calosidades, as deformidades, a doença vascular periférica e as dermatoses comuns (sobretudo entre os dedos) são fatores de risco importantes para o aparecimento de úlceras nos pés e amputação. O paciente diabético deve ser ensinado a observar o aparecimento de úlceras, rachaduras, alterações de cor, além de calos e unhas encravadas, sendo que estes só devem ser retirados por um profissional. Outros cuidados são cortar as unhas de forma reta (horizontalmente); vestir meias limpas, preferencialmente de algodão e calçados macios que não apertem e lavar os pés diariamente com água morna e sabão, secando-os bem<sup>38</sup>. Estes cuidados também devem ser tomados para a prática de exercícios físicos visando minimizar traumas<sup>34</sup>.

É imprescindível a avaliação precoce dos sinais e sintomas das complicações crônicas, em doenças como o diabetes mellitus. Todavia, no país, alguns serviços não realizam com regularidade procedimentos simples como observar os pés dos pacientes portadores de diabetes. Com isto, eleva-se o risco de complicações da doença que poderiam ser evitadas como, por exemplo, amputação de membros inferiores, já que esta é uma das possíveis complicações do diabetes, devido muitas vezes à falta de orientações e cuidados que se devem ter com os pés<sup>39</sup>.

## Conclusão

Primeiramente, há que destacar que, embora a abrangência deste estudo seja relativamente limitada, ao analisar o caso de um município pequeno, do interior do estado de Minas Gerais, deve-se considerar que a grande maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte. Desta forma, estes resultados podem contribuir para o trabalho dos profissionais que lidam no cotidiano do PSF.

Com base nos resultados obtidos neste trabalho, observa-se entre os hipertensos e/ou diabéticos atendidos no PSF de Teixeira (MG) uma predominância de indivíduos idosos, do sexo feminino e com baixa escolaridade e renda. Com isso, há necessidade de uma intervenção mais específica para essa população, que deve ser feita de forma clara e com o auxílio de recursos didáticos, atrativos e de fácil compreensão.

Nota-se que o tratamento das doenças é basicamente realizado com uso de medicamentos, e poucas pessoas praticavam atividades físicas. Além disso, foram identificados diversas inadequações nos hábitos alimentares como o elevado consumo *per capita* diário de sal, açúcar e óleo. Esses fatores de risco, se não controlados, podem aumentar a predisposição dos pacientes às doenças cardiovasculares, aumentando os custos para o sistema sanitário e diminuindo os anos de vida com qualidade para os indivíduos acometidos por esta enfermidade. Cabe aqui, portanto, uma intervenção via interação interprofissional que favoreça a mudança de hábitos e estilos de vida ligados à alimentação e nutrição, importantes na promoção da saúde e prevenção de complicações tanto para os portadores de hipertensão e/ou diabetes como para a população em geral que é usuária do PSF.

Faz-se necessária a implantação de diversas estratégias que atendam as principais necessidades dos usuários, de forma interativa e que permita a socialização do conhecimento sobre as doenças e sobre as práticas alimentares. A partir dos dados encontrados nesta pesquisa, foi possível o planejamento de ações de estratégias de educação e cuidado à saúde destes usuários e a implantação de atividades de extensão universitária e capacitação da equipe de saúde.



## Colaboradores

RMM Cotta foi responsável pela coordenação, planejamento, orientação e acompanhamento do trabalho de campo e trabalhou na redação e revisão do artigo. RS Reis e KCS Batista participaram do planejamento e execução das atividades de campo e auxiliaram na redação do manuscrito. G Dias participou do planejamento e acompanhamento do trabalho de campo. FAF Castro e RCG Alfenas participaram do planejamento, orientação técnica em nutrição, acompanhamento do trabalho e revisão do artigo.

## Referências

1. Luz PL da, Cesena FHY. Prevenção da doença coronariana. *Rev Soc Cardiol* 2001; 11(2):6-20.
2. Dórea EL, Lotufo PA. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Hipertensão* 2004; 7(3):86-89.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. [acessado 2005 out 10]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
4. Pierin AMG, Gusmão JL, Carvalho LVB de. A falta de adesão ao tratamento com fator de risco para hipertensão arterial. *Rev Hipertensão* 2004; 7(3):100-103.
5. Silva GV. Qual a diretriz de hipertensão arterial os médicos brasileiros devem seguir? Análise comparativa das diretrizes brasileiras, européias e norte-americanas (JNCVII). *Arq Bras Cardiol* 2004; 83(2):179-181.
6. Fuchs SC, Castro MS de, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise das evidências. *Rev Hipertensão* 2004; 7(3):90-93.
7. Schaan BD, Harzheim E, Gus I. Perfil de risco cardíaco no diabetes melito e na glicemia de jejum alterada. *Rev. Saude Publica* 2004; 38(4):529-536.
8. Barreto SM, Pinheiro AR de O, Sichieri R, Monteiro CA, Batista Filho M, Schimidt MI, Lotufo P, Assis AM, Guimarães V, Recine EGIG, Victora CG, Coitinho D, Passos VMA. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da saúde. *Rev Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; 14(1):41-68.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2004/2005; 9(16):39-52.
11. Seclen-Palacin JA. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: Fernandes AS, Seclen-Palacin JÁ, organizadores. *Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: Caso Brasil*. [Série Técnica, Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8]. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004. p.15-29.
12. Trad LAB, Bastos AC de S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saude Publica* 1998; 14(2):429-435.
13. Ayres JR de CM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Rev Saúde e Sociedade* 2004; 13(3):16-29.
14. Cabrera-Pivaral CE, González-Pérez G, Vega-López MG, Arias-Merino ED. Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. *Cad. Saude Publica* 2004; 20(1).
15. Lima MT, Bucher JSNF, Lima JW de O. A Hipertensão Arterial sob o olhar de uma população carente: Estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad. Saude Publica* 2004; 20(4):1079-1087.
16. Pallas JMA, Villa JJ. *Metodos de investigacion: aplicados a la atención primaria de salud*. 2ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1995
17. Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

18. Hulley SB, Gove S, Browner WS, Cummings SR. Elección de los individuos que participarán en el estudio: especificación y muestreo. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Newman TB, Hearst N. *Diseño de la investigación clínica: un enfoque epidemiológico*. Madrid: Harcourt Brace; 1997.
19. Faur L, Motocu M, Moldovan C, Onaca M, Mutiu G. Sialic Acid, possible marker of angiopathic complications at diabetics type 2. *Rom J Morphol Embryol* 2005; 46(4):307-309.
20. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datusus. [acessado 2005 dez 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabegi.exe?ibge/cnv/popMG.def>
21. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal*. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>
22. Rede Interagencial de Informações para Saúde. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Básica e Saúde da Família. [acessado 2006 dez 02]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza\\_cadastro.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php)
24. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. [acessado 2005 dez 12]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siabs.htm?saude=http%3A%2F%2Fwww.datasus.gov.br%2Fsiab%2Fsiabs.htm&obj=%24VObj&botaoOK=OK>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
26. Batista M da CR, Priore SE, Rosado LEFP de L, Tinoco ALA, Franceschini S do CC. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev Nutr* 2005; 18(2):219-228.
27. Sala A, Filho NA, Eluf-Neto J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Rev. Saude Publica* 1996; 30(2):161-7.
28. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saude Publica* 2003; 19:29-36.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais 2004*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
30. Guimarães FP de M, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Nutr* 2002; 15(1):37-44.
31. Martins C, Moreira SM, Pierosan SR. *Interações Droga Nutriente*. 2ª ed. Curitiba: NutroClínica; 2003.
32. Sociedade Brasileira de Hipertensão. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Tratamento Medicamentoso da Hipertensão Arterial. *Rev Hipertensão* 2004; 7(4):136-139.
33. Gusmão JL de, Pierin AMG. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. *Rev Hipertensão* 2004; 7(3):104-108.
34. Guimarães GV, Ciolac EG. Síndrome Metabólica: Abordagem do Educador Físico. *Rev Soc Cardiol* 2004; 14(4):659-670.
35. Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide Alimentar Adaptada: Guia para Escolha dos Alimentos. *Rev Nutr* 1999; 12(1):65-80.
36. Sociedade Brasileira de Hipertensão. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Tratamento não medicamentoso ou modificações do estilo de vida. Cap.4. Campos de Jordão- SP. Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1998.
37. Maia FFR, Araújo LR. Uso da caneta injetora de insulina no tratamento do diabetes mellitus tipo 1. *J Pediatr* 2002; 78(3):189-192.
38. Gross JL, Nehme M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Rev Assoc Med Bras* 1999; 45(3):279-284.
39. Gamba MA, Gotlieb SLD, Bergamaschi DP, Vianna LA. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Rev. Saude Publica* 2004; 38(3):399-404 .

Artigo apresentado em 18/09/2006

Aprovado em 15/02/2007

Versão final apresentada em 08/05//2007