

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS: avanços e desafios^a

Márcia Adriana ZAVATINI^b, Paulo Roque OBRELI-NETO^c, Roberto Kenji Nakamura CUMAN^d

RESUMO

Estudo retrospectivo, exploratório, de natureza quantitativa realizado em uma Equipe de Saúde da Família (ESF) no município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, com o objetivo de avaliar a efetividade da ESF no tratamento de doenças crônico-degenerativas. Foram utilizados dados do período de maio de 2006 a setembro de 2009, de 94 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes *mellitus*, por meio da análise do sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos e prontuários. Foi verificado um pequeno aumento no número de indivíduos com valores de pressão arterial ($p = 0,773$) e glicemia de jejum ($p = 0,745$) considerados adequados, no período analisado; apesar das mudanças na farmacoterapia destes pacientes e acompanhamento domiciliar. Conclui-se que apenas alterações na farmacoterapia prescrita são insuficientes para o controle adequado destas enfermidades, sendo necessário o desenvolvimento de intervenções da equipe de saúde, que promova a prática do autocuidado nos indivíduos e seus familiares.

Descritores: Programa Saúde da Família. Doença crônica. Quimioterapia. Família. Cuidadores.

RESUMEN

Estudio retrospectivo, exploratorio, cuantitativo desarrollado en un Equipo de Salud de la Familia (ESF) en la ciudad de Maringá, Paraná, Brasil, con el objetivo de evaluar la eficacia de la ESF en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Se utilizaron datos recogidos entre mayo de 2006 y septiembre de 2009, de 94 pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, mediante el análisis de los registros del sistema de control de hipertensos y diabéticos y registros. Se observó un ligero incremento en el número de individuos con presión arterial ($p = 0,773$) y glucosa en sangre en ayunas ($p = 0,745$) considerados adecuados, en el periodo analizado; a pesar de los cambios en la farmacoterapia y cuidados en el hogar. Se concluye que solamente los cambios en la farmacoterapia no son suficientes para un control adecuado de estas enfermedades, siendo necesario el desarrollo de intervenciones de la ESF, que promuevan la práctica de autocuidado entre las personas y sus familias.

Descriptorios: Programa de Salud Familiar. Enfermedad crónica. Quimioterapia. Familia. Cuidadores.

Título: Estrategia de Salud de la Familia en el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas: logros y retos.

ABSTRACT

This retrospective, exploratory, quantitative study was carried in a team of health care unit (ESF) in the municipalitie of Maringá, Paraná, Brasil, to evaluate the effectiveness of ESF in the treatment of chronic diseases. Data were collected between May, 2006 and September, 2009, among 94 patients with hypertension and/or diabetes, through the analysis of the records of registration of the monitoring system of hypertensive and diabetics and charts. Despite changes in the pharmacotherapy of patients and home care, it was found a slight increase in the number of individual with blood pressure ($p = 0.773$) and fasting glucose levels ($p = 0.745$) considered appropriate, in the reporting period. It was concluded that changes in the pharmacotherapy prescribed are insufficient for an adequate control of these diseases, being necessary the development of interventions of the health team that promote the practice of self-care in individuals and their families.

Descriptors: Family Health Program. Chronic disease. Drug therapy. Family. Caregivers.

Title: Family Health Strategy in the treatment of chronic-degenerative diseases: achievements and challenges.

^a Parte da dissertação de Mestrado apresentada em 2010 ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

^b Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

^c Mestre em Ciências da Saúde, Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

^d Doutor em Farmacologia, Docente dos Programas de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde e Ciências Farmacêuticas da UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, com o aumento acelerado da população acima de 60 anos, vem se intensificando o processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento, especialmente na América Latina⁽¹⁾. Este fenômeno é acompanhado de um aumento na demanda por serviços de saúde pelos idosos, decorrentes do surgimento de doenças próprias do envelhecimento, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), artralguas e outras⁽²⁾.

Ocorreu importante mudança no perfil da morbi-mortalidade da população brasileira nas últimas décadas, com o aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas⁽³⁾. As causas mais comuns de morbidade secundária e mortalidade em todo o mundo são as doenças cardiovasculares e, entre seus fatores de risco encontram-se o DMT2 e a HAS, os quais são fatores independentes e sinérgicos⁽⁴⁾. A cronificação destas morbidades promovem aumento no custo do tratamento e monitoramento dos pacientes, impacto negativo na qualidade de vida e capacidade produtiva das pessoas⁽⁵⁾. Assim, é importante melhor estruturação da atenção básica à saúde, para diminuir os gastos públicos com serviços de saúde e garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde pública.

Frente à crise vivenciada no setor de saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de proceder a reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica à saúde, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças⁽⁶⁾. A ESF pretende promover a saúde por meio de ações básicas que possibilitem a incorporação de procedimentos programáticos de forma mais abrangente, centrados na promoção da qualidade de vida e na intervenção dos fatores que a colocam em risco, permitindo a identificação mais acurada e melhor acompanhamento dos indivíduos⁽⁶⁾.

Neste sentido, o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e do Diabetes *Mellitus*, por meio do sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), objetiva monitorar os pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando informações para

aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistematizada a estes pacientes⁽⁷⁾.

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a efetividade da ESF no tratamento de doenças crônico-degenerativas em usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil; pela verificação do banco de dados do sistema HIPERDIA desta localidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório, de natureza quantitativa realizado na UBS – Núcleo Integrado de Saúde (NIS II) “Ney Braga”, município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, no período de maio de 2006 a setembro de 2009. O município de Maringá possui uma população de aproximadamente 325.968 habitantes⁽⁸⁾, composto com mais 29 municípios da região Noroeste do Estado do Paraná, a 15ª Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Atualmente, Maringá possui 23 UBS, organizadas em cinco regionais.

A UBS - NIS II “Ney Braga” foi escolhida por abranger vários bairros e uma população significativa de Maringá. Esta UBS está localizada no Conjunto Residencial Ney Braga e foi implantada em 1984. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), maio de 2010, a unidade atende em sua área de abrangência (bairros: Ney Braga, Parque das Laranjeiras, Paris III e V, Hortênciã I, Sanenge, Atenas, Santa Cruz, Andréia, Guairacá e Continental) uma população de 17.858 mil pessoas, divididas em 16 micro-áreas. Esta UBS possui duas equipes de ESF e um Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), sendo uma das ESF responsável por cinco micro-áreas e a outra ESF responsável por seis micro-áreas.

Para serem informantes do estudo foram selecionados aleatoriamente 94 indivíduos portadores de HAS e/ou DMT2, usuários da UBS - NIS II “Ney Braga” desde maio de 2006, que participaram regularmente das atividades de monitoramento desenvolvidas pelas ESF (n=514). Para cálculo do tamanho da amostra foi adotada uma prevalência de 10% do evento (ter HAS e/ou DMT2), com um intervalo de confiança de 95%.

Utilizamos como técnica de coleta de dados a consulta a documentos. As fichas de cadastrado do

sistema HIPERDIA foram os documentos examinados, de onde foram coletadas as informações sobre o número de pacientes que atendiam aos critérios de inclusão do estudo para definição do tamanho da amostra, e os relatórios de acompanhamento do sistema HIPERDIA, em que foram observadas as características sociodemográficas, diagnóstico principal, medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos utilizados, níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes selecionados para comporem a amostra do estudo. Também foram utilizados os prontuários dos pacientes selecionados, para verificar a veracidade dos dados disponíveis no sistema HIPERDIA, bem como a presença de outras morbidades, como infarto agudo do miocárdio (IAM), seqüela de acidente vascular cerebral (AVC) e obesidade, nestes indivíduos.

A análise da efetividade da ESF no tratamento e monitoramento dos pacientes selecionados foi efetuada por meio da comparação da variação dos níveis pressóricos e glicêmicos, bem como dos esquemas farmacoterapêuticos adotados no período de estudo. Os dados foram apresentados em frequência e percentual, utilizando o programa Statistica 8 para processamento e análise dos dados. Foi utilizado o teste de Chi-quadrado para comparar a prevalência de pacientes com pressão arterial (PA) < 130/80mmHg e glicemia de jejum \leq 110mg/dL no período inicial e no período final do estudo. O valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Cumpriram-se, na execução deste estudo, os princípios legais conforme versa a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾, respeitando todos os aspectos éticos necessários para pesquisas desta natureza. Foi solicitada a autorização para a realização do estudo junto à Secretaria de Saúde de Maringá, Paraná, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer número 050/2010). O presente estudo utilizou dados de acesso público, que não constrangeram grupos de populações e/ou indivíduos na apresentação dos dados encontrados, sendo assegurada a confidencialidade das informações levantadas.

RESULTADOS

Foi verificado maior prevalência de indivíduos do sexo feminino (76,6%). A faixa etária média foi de 68,7 anos (variando de 41 a 82 anos), com 75

(79,7%) pessoas da raça branca, 15 (16,0%) pessoas da raça parda e quatro (4,3%) pessoas da raça negra. A Tabela 1 mostra o baixo nível de escolaridade da população estudada. A maior parte dos indivíduos reside com o cônjuge e/ou filhos (79,8%), com 12 (12,8%) indivíduos morando sozinhos e sete (7,4%) indivíduos morando com outras pessoas que não sejam cônjuge e/ou filhos. O diabetes *mellitus* foi observado em 24 (25,5%) pessoas. O número de indivíduos hipertensos verificado foi de 71 (75,5%). A presença de comorbidades foi verificada em 70,3% dos pacientes acompanhados; as comorbidades apresentadas foram: artralgia, câncer, cardiopatias, depressão, dislipidemia, hipotireoidismo, IAM, obesidade, seqüela de AVC e vasculopatias (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos pacientes estudados no Núcleo Integrado de Saúde (NIS II) “Ney Braga”. Maringá, PR, maio 2006 a set. 2009.

| Variável | n (%) |
|--|-----------|
| Sexo | |
| Feminino | 72 (76,6) |
| Masculino | 22 (23,4) |
| Raça | |
| Branca | 75 (79,7) |
| Negra | 4 (4,3) |
| Parda | 15 (16,0) |
| Escolaridade | |
| Não sabe ler/escrever | 14 (14,9) |
| Sabe ler/escrever sem ter frequentado escola | 17 (18,1) |
| Ensino Fundamental incompleto | 38 (40,4) |
| Ensino Fundamental completo | 13 (13,8) |
| Ensino Médio incompleto | 2 (2,1) |
| Ensino Médio completo | 9 (9,6) |
| Ensino Superior completo | 1 (1,1) |
| Co-habitação | |
| Sozinho | 12 (12,8) |
| Cônjuge e/ou filhos | 75 (79,8) |
| Outros | 7 (7,4) |
| Diabetes | |
| Sim | 24 (25,5) |
| Não | 70 (74,5) |
| Hipertensão | |
| Sim | 71 (75,6) |
| Não | 23 (24,4) |
| Número de morbidades | |
| Nenhuma | 28 (29,8) |
| 1 a 2 | 61 (64,9) |
| 3 a 4 | 5 (5,3) |

Fonte: Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos do município de Maringá, Paraná, maio 2006 a set. 2009.

Foi verificado maior consumo de medicamentos cardiovasculares, comparado a medicamentos para o trato alimentar e metabolismo, segundo *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* (ATCC) 2009⁽¹⁰⁾. A terapêutica medicamentosa, para o tratamento da HAS, mais utilizada foi os diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) (68,1%), seguidos pelos inibidores da enzima conversora de angiotensina (captopril, enalapril), beta-bloqueadores

(atenolol, propranolol), agonistas alfa-2 adrenérgicos (clonidina, metildopa), bloqueadores do canal de cálcio (anlodipino, nifedipino), antagonistas do receptor de angiotensina II (losartana) e diuréticos de alça (furosemida), com prevalência de uso em 55,3%, 26,6%, 26,6%, 19,1%, 14,9% e 3,2% dos pacientes, respectivamente. Os antidiabéticos orais (metformina e glibenclamida) foram mais prescritos que os antidiabéticos parentais (insulina) (Tabela 2).

Tabela 2 – Medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos utilizados pelos pacientes estudados no Núcleo Integrado de Saúde (NIS II) “Ney Braga”. Maringá, PR, maio 2006 a set. 2009.

| Classes farmacológicas (ATCC)* | n | % |
|--|----|------|
| Medicamentos cardiovasculares | | |
| Hidroclorotiazida | 64 | 68,1 |
| Captopril | 38 | 40,4 |
| Propranolol | 17 | 18,1 |
| Enalapril | 14 | 14,9 |
| Losartana | 14 | 14,9 |
| Metildopa | 13 | 13,8 |
| Clonidina | 12 | 12,8 |
| Nifedipino | 11 | 11,7 |
| Atenolol | 8 | 8,5 |
| Anlodipino | 7 | 7,4 |
| Furosemida | 3 | 3,2 |
| Medicamentos para o trato alimentar e metabolismo | | |
| Metformina | 20 | 21,3 |
| Insulina | 7 | 7,4 |
| Glibenclamida | 6 | 6,4 |

* Os medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos foram classificados de acordo com o sistema *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* (ATCC) System 2009 do *Collaborating Center for Drugs Statistics Methodology* da Organização Mundial da Saúde⁽¹⁰⁾.
Fonte: Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos do município de Maringá, Paraná, maio 2006 a set. 2009.

No início do acompanhamento, 43 (45,7%) pacientes apresentaram PA < 130/80 mmHg e 51 (54,3%) pacientes apresentaram PA ≥ 130/80 mmHg. A maioria dos indivíduos que utilizou apenas um medicamento anti-hipertensivo apresentou PA ≥ 130/80mmHg; ocorrendo aumento na prevalência de pessoas com PA < 130/80 mmHg, conforme maior número de medicamentos utilizados. Em setembro de 2009, o número de pacientes com PA < 130/80 mmHg aumentou para 45 (47,9%) pessoas, enquanto o número de pacientes com PA ≥ 130/80mmHg diminuiu para 49 (52,1%) pessoas. O aumento da prevalência de pessoas com PA < 130/80 mmHg durante o período de estudo não foi significativo (valor de p = 0,773). Neste período, ocorreu aumento no número de medicamentos anti-hipertensivos utilizados por paciente (Tabela 3).

Os dados laboratoriais apontaram para a redução no número de indivíduos com glicemia de jejum > 110mg/dL (26 pacientes em março de 2006 versus 24 pacientes em setembro de 2009). Esta variação verificada durante o estudo não foi significativa (valor de p = 0,745). O número de pacientes com glicemia de jejum > 110mg/dL que não utilizavam nenhum medicamento diminuiu de dez pessoas em março de 2006, para três pessoas em setembro de 2009. Também foi verificado aumento no número de medicamentos antidiabéticos utilizados pelos pacientes com glicemia de jejum > 110mg/dL, enquanto na farmacoterapia das pessoas com glicemia de jejum ≤ 110mg/dL ocorreu redução dos medicamentos antidiabéticos utilizados (Tabela 4).

Tabela 3 – Padrão de prescrição de medicamentos anti-hipertensivos para os pacientes estudados no Núcleo Integrado de Saúde (NIS II) “Ney Braga”. Maringá, PR, maio 2006 a set. 2009.

| Número de anti-hipertensivos utilizados por paciente | Prevalência de pacientes com PA < 130/80mmHg | Prevalência de pacientes com PA ≥ 130/80mmHg | Valor de p* |
|--|--|--|-------------|
| | n (%) | n (%) | |
| Maio de 2006 | | | |
| Nenhum | - | 1 (1,1) | 0,773 |
| 1 | 5 (5,3) | 13 (13,8) | - |
| 2 | 35 (37,2) | 37 (39,4) | - |
| 3 | 2 (2,1) | - | - |
| 4 | 1 (1,1) | - | - |
| Total | 43 (45,7) | 51 (54,3) | - |
| Setembro de 2009 | | | |
| Nenhum | - | - | - |
| 1 | 2 (2,1) | 18 (19,1) | - |
| 2 | 21 (22,4) | 23 (24,5) | - |
| 3 | 18 (19,1) | 8 (8,5) | - |
| 4 | 4 (4,3) | - | - |
| Total | 45 (47,9) | 49 (52,1) | - |

* Prevalência de pacientes com PA < 130/80mmHg no período inicial versus período final do estudo, utilizando teste de Chi-quadrado. Valor de p < 0,05 considerado estatisticamente significativo.

Fonte: Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos do município de Maringá, Paraná, maio 2006 a set. 2009.

Tabela 4 – Padrão de prescrição de medicamentos antidiabéticos para os pacientes estudados no Núcleo Integrado de Saúde (NIS II) “Ney Braga”. Maringá, PR, maio 2006 a set. 2009.

| Número de anti-diabéticos utilizados por paciente | Prevalência de pacientes com glicemia ≤ 110 mg/dL | Prevalência de pacientes com glicemia > 110 mg/dL | Valor de p* |
|---|---|---|-------------|
| | n (%) | n (%) | |
| Maio de 2006 | | | |
| Nenhum | 64 (68,1) | 10 (10,6) | 0,745 |
| 1 | 1 (1,1) | 11 (11,7) | - |
| 2 | 3 (3,2) | 4 (4,2) | - |
| 3 | - | 1 (1,1) | - |
| Total | 68 (72,4) | 26 (27,6) | - |
| Setembro de 2009 | | | |
| Nenhum | 65 (69,1) | 3 (3,2) | - |
| 1 | 3 (3,2) | 12 (12,8) | - |
| 2 | 2 (2,1) | 8 (8,5) | - |
| 3 | - | 1 (1,1) | - |
| Total | 70 (74,4) | 24 (25,6) | - |

* Prevalência de pacientes com glicemia de jejum ≤ 110mg/dL no período inicial versus período final do estudo, utilizando teste de Chi-quadrado. Valor de p < 0,05 considerado estatisticamente significativo.

Fonte: Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos do município de Maringá, Paraná, maio 2006 a set. 2009.

DISCUSSÃO

Neste estudo a diferença encontrada, entre os sexos, com uma maior prevalência de indivíduos do sexo feminino, é semelhante à encontrada em

outros estudos populacionais^(11,12); característica que pode ser atribuída à maior procura por parte das mulheres aos serviços de saúde de forma sistemática e contínua, para o acompanhamento de doenças crônico-degenerativas, e a existência de vários

programas de saúde específicos para o sexo feminino. Isto sugere a necessidade do desenvolvimento de ações específicas para indivíduos do sexo masculino nos diversos níveis de prevenção (prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária), visando a melhoria na assistência à saúde do homem. O profissional de enfermagem deve, para isto, identificar as particularidades dos indivíduos do sexo masculino, que resultam nesta baixa procura pelos serviços de saúde, referentes a doenças crônico-degenerativas.

Referente à idade, a faixa etária mais prevalente neste estudo foi a de 60 a 69 anos. Isto é coerente com os dados obtidos em outros estudos realizados com amostras provenientes de serviços de saúde^(13,14); e pode ser justificada pela maior incidência de HAS e DMT2 neste estrato etário da população, bem como a maior procura por assistência médica por parte das pessoas, apenas quando atingem a faixa etária mais avançada. Portanto, torna-se importante o planejamento e desenvolvimento de estratégias que promovam ações de prevenção primária e secundária mais eficazes junto à população mais jovem. Este diagnóstico precoce proporcionará aumento na expectativa e qualidade de vida da população, além de reduzir os gastos públicos com serviços de saúde.

Foi verificado baixo nível de escolaridade na população estudada, principalmente na população com idade igual ou superior a 60 anos. O percentual de alfabetização encontrado (85,1% da amostra) foi semelhante aos dados obtidos em Maringá, no Censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽⁸⁾. Esta baixa escolaridade apresentada pela população idosa, associada ao aumento do número de comorbidades apresentadas e a diversas vulnerabilidades como declínio das capacidades físicas, mentais e cognitivas importantes, dificulta o entendimento e a adesão aos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos prescritos⁽¹⁵⁾.

Semelhante a outros estudos populacionais a maioria dos pacientes reside com cônjuge e/ou filhos⁽¹⁶⁾. A participação da família na adesão aos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos da HAS é de extrema importância, sendo imprescindível o estabelecimento do vínculo equipe de saúde-família⁽¹⁵⁾. Este vínculo possibilitará melhor compreensão da complexa rede de cuidado e suporte que envolve cada família, além de minimizar o desconhecimento por parte da família sobre as mor-

bidades apresentadas pelos seus familiares. O contato do paciente com a equipe de saúde (enfermeiro, médico e agentes comunitários de saúde) ocorrerá em datas específicas, enquanto o contato com o cuidador familiar (cônjuge e/ou filhos) ocorrerá mais frequentemente, podendo promover resultados clínicos, humanísticos e econômicos positivos na terapia de seus familiares.

Foi verificado um número aumentado de morbidades na população estudada, principalmente DMT2 e HAS, coincidindo com o perfil de morbidade observado em outros estudos populacionais^(16,17). Tais morbidades apresentam caráter crônico, tornando mais complexo o processo de adesão aos tratamentos prescritos, exigindo que o paciente desenvolva o auto-cuidado. Para isto, o profissional de enfermagem deverá ser capaz, de estimular o paciente a se apoderar das informações necessárias, para o correto manejo das morbidades apresentadas.

O perfil de prescrição de medicamentos anti-hipertensivos observado, está de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽¹⁸⁾, com maior prevalência de prescrições contendo diuréticos tiazídicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, agentes beta-bloqueadores e antagonistas do canal de cálcio. A adequação do medicamento prescrito com as características e hábitos de vida dos pacientes é fundamental para uma boa adesão ao tratamento. É imprescindível que o profissional de enfermagem, por meio das informações constatadas durante o contato com os pacientes e as informações repassadas pelos agentes comunitários de saúde, discuta com o profissional prescritor a melhor alternativa terapêutica para cada situação.

Foi verificada uma pequena melhora nos valores da PA e glicemia de jejum dos pacientes acompanhados, mesmo com o aumento no número de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos utilizados. Outros estudos de serviços de saúde também encontraram baixa taxa de controle destas enfermidades, mesmo com prescrições atendendo diretrizes e consensos nacionais e internacionais^(19,20). Isto demonstra que somente mudanças no padrão de prescrição são insuficientes para o controle do DMT2 e HAS. A garantia da adesão do paciente aos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos, e toda a complexa rede de cuidado que envolve estas questões é crucial para a melhor assistência à saúde destes indivíduos.

A implantação da ESF trouxe avanço na assistência à saúde das pessoas, pela melhoria dos diversos níveis de prevenção; entretanto novas alternativas devem ser buscadas para proporcionar o apoderamento das informações fornecidas pela ESF para os pacientes e seus familiares⁽²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização dos pacientes deste estudo permitiu verificar a existência de fatores que podem interferir de maneira negativa na adesão aos tratamentos prescritos (idade avançada, baixa escolaridade e número elevado de comorbidades). O profissional de enfermagem deve ser capacitado e estimulado a utilizar tais informações no desenvolvimento de ações e estratégias da ESF aonde atua, para abordar cada indivíduo respeitando suas particularidades. É fundamental que as unidades de ESF desenvolvam estudos de caracterização da população usuária de seus serviços, a fim de serem planejadas intervenções mais eficazes.

Outro fator a ser considerado é a influência da família no tratamento dos pacientes, sendo importante que a equipe de saúde desenvolva vínculo com a família do paciente. Pois, esta poderá auxiliar na adesão dos pacientes aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, bem como nos momentos de dúvidas e angústias de seus familiares.

As doenças crônico-degenerativas necessitam que o paciente desenvolva o autocuidado, junto com seus familiares. Afinal, mesmo na ESF, onde acontecem visitas domiciliares de maneira sistemática e regular, na maioria do tempo quem será o responsável pelo seu tratamento será o próprio indivíduo e sua família. Assim, conseguir que os pacientes se apoderem das informações repassadas pela equipe de saúde constitui o grande desafio para melhor controle do DMT2, HAS e demais comorbidades. Neste sentido, o profissional de enfermagem assume papel importante como educador junto à população e aos demais profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Truelsen T, Bonit R, Jamrozik K. Surveillance of stroke: a global perspective. *Int J Epidemiol.* 2001;30:11-2.
- 2 Lima Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):735-43.
- 3 Ministério da Saúde (BR). A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília (DF); 2005.
- 4 Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Diabetes, hypertension and cardiovascular disease: an update. *Hypertension.* 2001;37(4):1053-9.
- 5 Tarride JE, Lim M, Desmeules M, Luo W, Burke N, O'Reilly D, et al. A review of the cost of cardiovascular disease. *Can J Cardiol.* 2009;25(6):e195-202.
- 6 Ministério da Saúde (BR). A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília (DF); 2000.
- 7 Ministério da Saúde (BR). HIPERDIA: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos. Rio de Janeiro; 2002.
- 8 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Brasília (DF); 2000.
- 9 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 10 World Health Organization. Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATCC) System [Internet]. Geneva; 2009 [cited 2009 Oct 31]. Available from: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/.
- 11 Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(4):724-32.
- 12 Marin MJS, Cecilio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(7):1545-55.
- 13 Jardim PCBV, Condim MRP, Monego ET, Moreira HC, Vitorino PVO, Souza WKS, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(4):452-7.

- 14 Scheffel RS, Bortolanza D, Weber CS, Costa WLA, Canani LH, Santos KG, et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com Diabetes Melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. Rev Assoc Méd Bras. 2004;50(3):263-7.
- 15 Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(1):62-70.
- 16 Rozenfeld S, Fonseca MJM, Assis Acurcio F. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2008;23(1):34-43.
- 17 Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. Cad Saúde Pública. 2005;21(2):545-53.
- 18 Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. 5ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006.
- 19 Obreli Neto PR, Gaeti Franco WP, Cuman RKN. Avaliação da farmacoterapia anti-hipertensiva em pacientes diabéticos atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) na rede municipal de saúde de Salto Grande - SP. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2009;30(3): 323-9.
- 20 Basile JN, Lackland DT, Basile JM, Riehle JE, Egan BM. A statewide primary care approach to cardiovascular risk factor control in high-risk diabetic and nondiabetic patients with hypertension. J Clin Hypertens. 2004;6(1):18-25.
- 21 Zavatini MA. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2010.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address:**

Paulo Roque Obreli Neto
Av. Colombo, 5790, bloco K68
87020-290, Maringá, PR
E-mail: paulorobreli@yahoo.com.br

Recebido em: 18/05/2010
Aprovado em: 07/12/2010