

HIPERDIA: ADESÃO E PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

HIPERDIA: ADHERENCE AND PERCEPTION OF USERS ACCOMPANIED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY

HIPERDIA: ADHESIÓN Y PERCEPCIÓN DE USUARIOS ACOMPAÑADO POR LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha¹, Lídyia Tolstenko Nogueira², Lívia Maria Mello Viana³

Estudo descritivo, avaliativo, com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde de Caxias-MA, com o objetivo de avaliar o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia) na perspectiva dos usuários. Os dados foram coletados entre novembro de 2010 e junho de 2011, com um plano amostral de 1.024 sujeitos. Constataram-se vários obstáculos no desenvolvimento das ações de controle da hipertensão e do diabetes que vão da falta de insumos necessários ao tratamento, como os medicamentos, até a não realização de atividades de educação em saúde pelos profissionais da Saúde da Família. Apesar disso, a avaliação feita pelos usuários acerca da assistência recebida foi muito favorável. O HiperDia é um primoroso dispositivo de acompanhamento aos pacientes e a pesquisa demonstrou grande importância, sugerindo ações conjuntas da instância municipal, das Coordenações da Atenção primária em Saúde e do Programa HiperDia, dos profissionais da Saúde da Família e usuários envolvidos na assistência. **Descritores:** Avaliação em Saúde; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Saúde da Família.

This is a descriptive evaluative study with quantitative approach carried out in the Basic Health Units of Caxias-MA, aiming to evaluate the Program of Hypertension and Diabetes (HiperDia) a user's perspective. Data were collected between November 2010 and June 2011 with a sampling plan of 1024 people. Several obstacles were found in the development of actions to control hypertension and diabetes, which ranged from lack of supplies needed to the treatment, such as medicines up to the non-accomplishment of activities in health education by health professionals of the Family. Nevertheless, the assessment made by users about the care received was very favorable. The HiperDia is an important device to monitor patients and the research has shown great importance, suggesting joint action of the municipal level, the Coordination of Primary Health and HiperDia Program, of the Family Health professionals and users involved in the assistance.

Descriptors: Health Evaluation; Hypertension; Diabetes Mellitus; Family Health.

Estudio descriptivo, evaluativo, con enfoque cuantitativo, realizado en las Unidades Básicas de Salud de Caxias-MA, para evaluar el Programa de Hipertensión y Diabetes (HiperDia), en la perspectiva de los usuarios. Los datos fueron recolectados entre noviembre de 2010 y junio de 2011, con un plan de muestra de 1.024 sujetos. Se encontró obstáculos en el desarrollo de acciones de control de la hipertensión y diabetes, como la falta de suministros para tratamiento, como medicamentos, hasta a no realización de actividades de educación por profesionales de salud de la familia. Sin embargo, la evaluación realizada por usuarios sobre la atención recibida fue muy favorable. El HiperDia es un dispositivo para acompañar los pacientes, así la investigación demostró su gran importancia, sugiriéndose acción conjunta de los municipios, de la Coordinación de Atención Primaria y del Programa de HiperDia, de los profesionales de Salud de la Familia y usuarios involucrados en la asistencia.

Descritores: Evaluación en salud, Hipertensión; Diabetes mellitus, Salud de la familia.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Coordenadora do Programa de Saúde do Adulto — Caxias (MA).Brasil. E-mail: francidalmafilha@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Mestrado em Enfermagem da UFPI. Teresina — PI. Brasil. E-mail: lidyatn@gmail.com

³ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda do Programa de Mestrado em Enfermagem da UFPI. Bolsista da CAPES Teresina — PI. Teresina — PI. Brasil. E-mail: liviamariamelloviana@hotmail.com

Autora correspondente: Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha.

Endereço: Rua Teófilo Dias 1427, Centro. CEP: 65606-090. Caxias-MA, Brasil. E-mail: francidalmafilha@gmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde pública, ante a sua elevada prevalência, acometendo entre 15% e 20% da população adulta, em plena fase produtiva e, mais de 50% dos idosos. Quando associada ao tabagismo, ao diabetes *mellitus* (DM) e a dislipidemia constitui decisivo fator de risco para as doenças cardiovasculares, as quais são responsáveis aproximadamente por 30% das mortes⁽¹⁾.

Um excelente campo para o cuidado às pessoas com HAS e DM encontra-se na estratégia Saúde da Família (ESF), definida como um conjunto de ações no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. A partir de 1994, quando foi instituída sob a denominação de Programa Saúde da Família visou a reorganização dos serviços, favorecendo a construção da saúde através de uma troca solidária e capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a criação de ambientes saudáveis⁽²⁾.

Para organizar a assistência às pessoas com HAS e DM, o Ministério da Saúde lançou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, materializado no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia), que constitui um sistema de cadastro de modo a permitir o monitoramento e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada⁽³⁾.

O HiperDia consiste de uma ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários hipertensos/e ou diabéticos, por gerar informes que possibilitam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos para potencializar a atenção a estas pessoas e minimizar os fatores condicionantes de complicações das doenças.

Na ESF a abordagem ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar, na qual cada profissional realiza sua avaliação e posteriormente, em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde. No caso da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, esta interação é fundamental para que as atividades possam ocorrer de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na realização da avaliação de risco

cardiovascular, medidas preventivas e atendimento aos usuários⁽²⁻⁴⁾.

Nesta perspectiva, a equipe de Saúde da Família possui papel fundamental no desenvolvimento das ações de prevenção e controle de agravos. Para tanto, cabe-lhe sistematizar a assistência e organizar o atendimento, de modo a que o usuário hipertenso e/ou diabético tenha acesso a todos os serviços, que abrangem: consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, recebimento de medicamentos anti-hipertensivos e/ou anti-diabéticos, mensuração de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar, além do atendimento odontológico e encaminhamento a outras especialidades, visando prevenir ou conter lesões em órgãos-alvo.

Assim, as complicações decorrentes da HAS e DM, devem ser postergadas ao máximo, para que a dependência, especialmente a física, e as incapacidades manifestadas não venham a comprometer excessivamente as atividades de vida diária dos acometidos por essas doenças. Deste modo, é preciso encontrar estratégias que maximizem o envolvimento das pessoas com as mudanças de hábitos necessárias a uma vida saudável⁽⁵⁾.

O Ministério da Saúde estima que no município de Caxias (MA), local de realização da pesquisa, existam cerca de 22.000 hipertensos e 5.000 diabéticos, sendo que no sistema encontram-se cadastrados em torno de 7.768 hipertensos, 547 diabéticos e 2.585 diabéticos com hipertensão arterial⁽⁶⁾. Além disso, constata-se a falta de informações referentes às ações de cadastramento e acompanhamento desses usuários, que pode ocorrer tanto pela ausência do atendimento a este público, como pela inexistência da notificação do cuidado prestado pelos profissionais da SF, mantendo-os como faltosos.

Frente a tal descompasso, buscar o ponto de vista do usuário sobre a assistência ofertada pelos profissionais de saúde no HiperDia, é uma das possibilidades explicativas dessa situação. Pressupõe a legitimidade do direito à saúde e a integralidade da atenção, obtidos mediante a construção de redes assistenciais e de cuidados, capazes de proporcionar ações eficazes e resolutivas, além de viabilizar o entendimento da situação para a tomada de decisão⁽⁷⁾.

Ademais, a identificação de fatores que interferem na não adesão do usuário hipertenso/diabético ao trata-

mento permite nortear a seleção de condutas terapêuticas voltadas para a obtenção de resultados satisfatórios, tendo em vista que o seu conhecimento favorece a implementação de estratégias que possibilitam a análise crítica e reflexiva para fins de enfrentamento⁽⁸⁾.

Frente à importância epidemiológica da HAS e do DM, o valor de cada membro da equipe de saúde no contexto do cuidado e, ainda, o pressuposto que a ação conjunta dos profissionais reflete na melhoria da assistência aos usuários, esta pesquisa teve como objetivo avaliar o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia) na perspectiva dos usuários.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, avaliativa, com abordagem quantitativa, realizada em Caxias — MA. Este município conta com população de cerca de 155.129 habitantes⁽⁹⁾ e 58 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 32 Unidades Básicas de Saúde, sendo 21 na zona urbana e 11 na zona rural.

Para o cálculo do tamanho da amostra, não probabilística e intencional, tendo uma população conhecida de 10.900 usuários cadastrados e acompanhados pelo programa HiperDia, utilizou-se a seguinte fórmula:

$$n_o = \frac{1}{E_o^2} \quad n = \frac{N \cdot n_o}{N + n_o}$$

Onde:

- n_o é a primeira aproximação do tamanho da amostra
- E_o é o erro amostral tolerável
- N é o número de elementos da população
- n é o tamanho da amostra

Assim:

$n_o = 1 / (0,03^2)$. Onde, 0,3% é margem de erro.

$n_o = 1 / 0,0009$

$n_o \approx 1.111$

$n = 10.900$ (total de usuários) \times 1.111 (resultado de n_o)
/10.900+1.111

$n = 12.109.900 / 12.011$

$n = 1.008$

A moldura da amostragem teve a enumeração de 1 a N para efeito de seleção. Segundo o cálculo acima, a amostra constou de 1.008 usuários. Assim, participa-

ram 32 hipertensos e/ou diabéticos de cada unidade de saúde, já que o município conta com 32 UBS; totalizando 1.024 participantes, sem descartar nenhum dos questionários aplicados. Este tamanho de amostra (n) permitiu estimar o parâmetro com margem de erro tolerável de 3% e nível de confiança de 97%, na população finita de $N = 10.900$ usuários.

Os dados foram coletados entre novembro de 2010 a junho de 2011, nas Unidades de Saúde, em datas previamente agendadas, por meio da aplicação de um questionário com perguntas mistas⁽¹⁰⁾. Em seguida, compôs-se um banco de dados digitados no *Statistical Package for the Social Sciences* — SPSS (versão 18.0 for Windows), onde foram consolidados utilizando as técnicas de estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa) e apresentados sob a forma de tabelas. A discussão dos achados foi feita com base na literatura produzida sobre o tema.

Os hipertensos e/ou diabéticos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após convenientemente informados acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e do caráter voluntário de sua participação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí mediante o CAAE nº 0287.0.045.000-10.

RESULTADOS

Para o processamento da análise, organizaram-se os dados em duas tabelas, na primeira apresentam-se as informações referentes ao tratamento que os hipertensos e/ou diabéticos realizam e na segunda, foram demonstrados elementos relativos à assistência que recebem nas unidades de saúde.

A Tabela 1 revela que em relação à periodicidade das consultas médicas e de enfermagem prevaleceu a semestral (32,7%), seguida da anual (21%). Quanto aos exames laboratoriais, a maior frequência obtida foi a anual (36,4%), seguida pela semestral (36%). No que se refere às dificuldades para realizar o tratamento prescrito 44% da amostra relatou não apresentar qualquer dificuldade enquanto que 27% atribuíram a falta frequente de medicamentos como obstáculo a adesão ao tratamento.

Tabela 1 — Aspectos ligados ao tratamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos na estratégia Saúde da Família. Caxias, MA, Brasil, 2011

Variáveis	N	%
Periodicidade entre consultas		
Mensal	99	9,6
Bimestral	96	9,4
Trimestral	191	18,7
Semestral	335	32,7
Anual	215	21,0
Intervalo > 1 ano	39	3,8
Esporadicamente	49	4,8
Frequência na realização de exames laboratoriais		
Trimestral	198	19,4
Semestral	369	36,0
Anual	373	36,4
A cada 2 anos	25	2,4
Intervalo > 2 anos	46	4,5
Esporadicamente	13	1,3
Dificuldades em realizar o tratamento		
Nenhuma	451	44,0
Falta frequente de medicamentos na UBS	277	27,0
Falta de profissionais na UBS	19	1,9
Residir distante da UBS	33	3,2
Não compreender a doença	72	7,1
Não utilizar medicamentos da Farmácia Básica	124	12,1
Outras dificuldades	48	4,7

A tabela 2 mostra que o agente comunitário de saúde (ACS) é o profissional mais atuante na realização de orientações aos usuários sobre a hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (53,9%), seguido pelo enfermeiro (22,6%). Também se constatou que a maioria dos sujeitos (71,2%) afirmou nunca ter participado de atividades educativas e que 25,5% participou de palestras. A assistência recebida foi avaliada pela maioria dos usuários como boa (64,1%), seguida da regular (22,4%).

Tabela 2 — Aspectos ligados à assistência recebida pelos usuários hipertensos e/ou diabéticos na estratégia Saúde da Família. Caxias, MA, Brasil, 2011

Variáveis	N	%
Pessoas que mais orientam sobre HAS e/ou DM		
Agente comunitário de saúde	552	53,9
Auxiliar e/ou técnico de enfermagem	58	5,7
Enfermeiro	231	22,6
Médico	140	13,6
Cirurgião dentista	2	0,2
Filhos/amigos/outras pessoas	41	4,0
Participação em atividades de educação em saúde		
Nenhuma	729	71,2
Palestra	261	25,5
Dramatização	8	0,8
Atendimento em Grupo	22	2,1
Outras atividades	4	0,4
Avaliação da assistência recebida na SF		
Excelente	71	6,9
Boa	656	64,1
Regular	229	22,4
Ruim	46	4,5
Péssima	22	2,1

DISCUSSÃO

A frequência com que a maioria dos usuários afirmou realizar as consultas médicas e/ou de enfermagem se distancia em parte do que é recomendado pelo Ministério da Saúde, o que pode repercutir no monitoramento destas doenças. Nesse sentido, todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos que apresentam controle dos níveis tensionais e/ou glicêmicos e com lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, dentre outros) ou co-morbidades, precisam realizar consultas médicas trimestrais. Somente aqueles controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e co-morbidades necessitam de consultas pelo menos semestralmente⁽¹¹⁻¹²⁾.

Desta forma, exige reflexão por parte da gestão municipal em saúde e profissionais da SF, acerca da frequência anual na realização de consultas, uma vez que a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são doenças crônico-degenerativas que demandam cuidado contínuo, de forma a prevenir complicações, por vezes irreversíveis, ou até a morte. Corrobora com este quadro o fato de que significativo grupo da população com hipertensão, diabetes ou outras doenças crônicas não transmissíveis, desconhece que as apresenta e, além disso, muitos que conhecem não realizam o tratamento adequadamente⁽¹³⁾.

De acordo com as normas e rotinas para o acompanhamento destes usuários, os exames complementares devem ser solicitados pelo médico e/ou enfermeiro após prévia avaliação⁽¹¹⁻¹²⁾. Entretanto, obteve-se que entre os participantes da pesquisa 36,4% realizaram os exames anualmente e 36,0% semestralmente. Isto indica, provavelmente, a dificuldade dos usuários no acesso a estes recursos, quer pela demora na marcação e/ou recebimento dos resultados ou ainda, no obstáculo que encontram para deslocamento até à central de marcação de exames, sobretudo aqueles que residem na zona rural.

Portanto, tais resultados sinalizam a urgência na implementação de medidas que visem a adequação às normas recomendadas. Dentre estas se destacam: a sensibilização dos profissionais da ESF sobre a importância dos exames, com vistas a diminuir a incidência de complicações advindas da descontinuidade no controle da hipertensão e/ou diabetes e, marcação de exames descentralizada, principalmente em pontos estratégicos que contemplem as 11 UBS da zona rural do município.

Em se tratando das dificuldades referidas para a realização do tratamento prescrito, 27% destacaram a falta constante de medicamentos nas UBS. Um dos fatores contribuintes para este problema é o fato de o Ministério da Saúde estimar a presença de cerca de 26.000 hipertensos e/ou diabéticos no município, porém 10.900 encontram-se cadastrados no HiperDia, prejudicando, assim, a previsão e a provisão de medicamentos⁽⁶⁾. Corroborando, um levantamento realizado em 2010 evidenciou déficit em relação ao quantitativo de medicamentos utilizados em todas as UBS do município. Além disto, Caxias (MA) é pólo da macrorregião e nesta condição acaba por fornecer medicamentos para usuários de municípios circunvizinhos, atendendo ao princípio da universalidade do SUS.

O uso de medicamentos que não constem na lista fornecida pela Farmácia Básica, também se revelou empecilho à realização do tratamento para 12,1 % dos usuários. Sabe-se que a SF conta, no máximo, com seis tipos de medicamentos anti-hipertensivos (hidroclorotiazida, furosemida, propanolol, captopril, enalapril e metildopa) e três anti-diabéticos (glibenclamida, metformina e insulina)⁽¹¹⁻¹²⁾. Assim, considerando o baixo poder aquisitivo do público assistido pela SF, discute-se a importância da inserção de outros tipos de medicamentos na Farmácia Básica que se adéquem a esquemas terapêuticos mais eficientes e possibilitem outras opções medicamentosas aos profissionais de saúde.

Ademais, ao se inferir sobre os desafios enfrentados pelos usuários no cumprimento do tratamento indicado, constatou-se serem estes principalmente de ordem estrutural, evidenciados pela insuficiente de insumos como a dispensação de medicamentos e acesso a exames⁽¹⁴⁾.

Focalizando os aspectos ligados à assistência recebida pelos usuários hipertensos e/ou diabéticos na SF, em se tratando da identificação do profissional que mais orienta sobre a HAS e DM sobressaiu o ACS. De acordo com as atribuições específicas para os profissionais da SF, o ACS representa o elo entre o usuário e/ou comunidade e a equipe, de forma a encorajar a participação ativa do hipertenso e/ou diabético, ajudando-o a seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular⁽¹¹⁻¹²⁾.

O enfermeiro foi apontado como o segundo profissional a orientar os usuários acerca das doenças. Embora o enfermeiro tenha a orientação como uma de suas com-

petências mais relevantes, no processo de trabalho na Atenção Básica é o ACS que permanece em contato mais próximo e frequente com a população adscrita. Assim, pode-se inferir que o vínculo constitui aspecto primordial na promoção da saúde e se estabelece de forma mais efetiva com o ACS.

Vale destacar que o enfermeiro e os demais profissionais da SF precisam atentar para os protocolos do HiperDia, no sentido de implementar atividades que estimulem os hipertensos e/ou diabéticos à prática de ações educativas em prol da melhoria de condições de vida e saúde⁽¹⁵⁾. Além disso, é necessário que os profissionais se norteiem pelos preceitos de humanização e holismo e voltem-se para um cuidado individualizado, buscando satisfazer as necessidades dos usuários e não seguindo o tradicional modelo biomédico⁽¹⁶⁾. Assim, é preciso sensibilizar-se para as demandas dos usuários, escutá-los e atender às suas solicitações, garantindo a integralidade e a qualidade atenção⁽¹⁷⁾.

Outro aspecto que chama atenção é que 71,2% dos usuários nunca participaram de atividades de educação em saúde voltadas especificamente para a HAS e o DM, quer seja na UBS ou na comunidade, incluindo escolas, associações de bairros ou outros locais que podem plenamente servir a esta finalidade. Os profissionais de saúde envolvidos na estratégia Saúde da Família programam e implementam atividades de investigação e acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e precisam ter a educação em saúde como prática constante no seu cotidiano, desenvolvida principalmente através de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e também de forma individual, através das consultas médicas e de enfermagem⁽¹⁸⁾.

Neste sentido, a assistência aos hipertensos e/ou diabéticos exige a realização de atividades de promoção em saúde, tanto individuais como em grupo, incluindo campanhas educativas periódicas que abordem fatores de risco para a HAS e o DM, a programação regular de atividades de lazer individual e comunitário, além da utilização de meios que reafirmem a importância da adesão desses usuários ao tratamento e estimulem o desejo de controlarem estes agravos⁽¹⁹⁾.

Quanto a qualidade da assistência recebida na SF, 64,1,% dos usuários avaliaram-na como boa. Este resultado, apesar de preocupante, mostra que as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das ações no HiperDia, especialmente as de cunho estrutural, não desmerecem

perante o usuário, a assistência ofertada. É importante considerar que a percepção do usuário sobre o atendimento recebido, abrange a compreensão de princípios como a qualidade da atenção, nem sempre fáceis de serem definidos ou mensurados, além de envolverem a integração cuidador-usuário e serviços disponíveis e, portanto, não podem ser depreciados ou ignorados, e sim, orientar a prestação do cuidado⁽¹⁴⁾.

Assim, infere-se que a relação profissional/usuário deve ser permeada pela educação em saúde, que possibilita o empoderamento dos indivíduos para a tomada de decisões concernentes à sua saúde e ao seu bem-estar, com base no pressuposto de que todo profissional de saúde deve ser um educador e, sobretudo, libertador, emancipador e transformador. Contudo, acredita-se no processo de educação permanente, capaz de conduzir a pessoa hipertensa e/ou diabética à adesão às condutas de controle da HAS e DM, ou de qualquer outro problema de saúde, quer seja agudo ou crônico⁽⁸⁾.

CONCLUSÃO

Para avaliar um programa de atenção à saúde da magnitude do HiperDia é imprescindível envolver o usuário, como sujeito partícipe do processo e cidadão portador de direitos. Assim, neste estudo, ouviram-se 1.024 pessoas hipertensas e/ou diabéticas usuárias do Sistema Único de Saúde, buscando encontrar os entraves que dificultam o desenvolvimento das ações pertinentes.

Os resultados mais significativos revelaram que a maior parte dos usuários realiza consultas médica e de enfermagem de forma semestral; os exames laboratoriais, anual; não refere apresentar dificuldade para realizar o tratamento; e quando a encontra, menciona a falta frequente de medicamentos. A maioria nunca participou de atividades educativas e elegeu o ACS como profissional mais atuante na realização de orientações; avaliando a assistência recebida como boa.

Perceberam-se lacunas na realização de consultas, exames e oferta de medicação. Nesse sentido, os profissionais da SF precisam focalizar atentamente estes pacientes, estabelecendo dias prioritários para seu atendimento, facilitando o acesso aos bens e serviços disponíveis, descentralizando os postos de coleta de exames laboratoriais, sobretudo na zona rural e, atentar para a importância da ampliação do arsenal medicamentoso incluído no HiperDia. Tais ações são relevantes no sentido de minimizar

lesões em órgãos-alvo e intensificar ações de prevenção de complicações advindas do mau controle da HAS e DM.

A prática de modelos assistenciais mais coerentes com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção deve permear o trabalho na Saúde da Família. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de fortalecer a implementação de ações estruturais voltadas para a capacitação dos profissionais com vistas ao atendimento qualificado das pessoas hipertensas e/ou diabéticas, de modo a estabelecer o vínculo desejável com a população adscrita sob sua responsabilidade sanitária. Tais ações devem envolver, sobretudo, o enfermeiro, que tem demonstrado um profundo interesse e importante participação no monitoramento e avaliação destes usuários, além de assegurar e ampliar o espaço de atuação deste profissional na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion JD. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 4(81):343-8.
2. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enferm.* 2005; 13(6):1027-34.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. Manual de operação. HiperDia — Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Simão E, Albuquerque GL, Erdmann A. Atenção básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. *Rev Rene.* 2007; 8(2):50-9.
5. Oliveira CJ, Moreira TMM. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev Rene.* 2010;11(1):76-85.
6. Ministério da Saúde (BR). Sishiperdia. HiperDia; 2011 [citado 2011 maio 20]. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>.
7. Bezerra NMC, Moreira TMM, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MI. Consulta de enfermagem ao diabético no Programa Saúde da Família: percepção do enfermeiro e do usuário. *Rev Rene.* 2008; 9(1):86-95.
8. Romero AD, Silva MJ, Silva ARV, Wagner Júnior, Freitas RR, Damasceno, MMC. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unida-

- de de Saúde da Família. Rev Rene. 2010;11(2):72-8.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades. 2011 [citado 2011 jun 2]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidade>.
 10. Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.133-56.
 11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diabetes *Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 13. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto & Contexto Enferm. 2008; 17(4):572-9.
 14. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México (DF): Ed. Copilco; 1984.
 15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus* no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 16. Costa FBC, Araújo TL. Consulta de enfermagem a portadores de hipertensão arterial: a prática de enfermeiros no PSF do Ceará. Rev Rene. 2008; 9(1):69-76.
 17. Costa RKS, Miranda FAN. O Enfermeiro e a estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. Rev Rene. 2008; 9(2):120-8.
 18. Carvalho VLS, Clementino VQ, Pinho LMO. Educação em Saúde nas páginas da REBEN no período de 1995 a 2005. Rev Bras Enferm. 2008; 2(61):243-8.
 19. Athaniel MAS, Saito RXS. Saúde do adulto — doenças e agravos não transmissíveis: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. In: Ohara ECC, Saito XSS. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari; 2010.

Recebido: 17/08/2011

Aceito: 26/10/2011