

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

**Nayandra Souza e Silva
Ticiane Fernandes de Souza Macedo
Verônica Marques Matos
Flávio Mendonça Pinto**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA CIDADE DE IPATINGA-
MG NO ANO DE 2012**

**IPATINGA
2014**

Nayandra Souza e Silva
Ticiana Fernandes de Souza Macedo
Verônica Marques Matos
Flávio Mendonça Pinto

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA CIDADE DE IPATINGA-
MG NO ANO DE 2012**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES/Univaço, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Orientador: Flávio Mendonça Pinto

IPATINGA
2014

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA CIDADE DE IPATINGA-MG NO ANO DE 2012

Nayandra Souza e Silva¹, Ticiane Fernandes de Souza Macedo¹, Verônica Marques Matos¹, & Flávio Mendonça Pinto²

1 - Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

2 - Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

RESUMO

Introdução: A associação entre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus vem sendo descrita desde a década de 1970. Os pacientes diabéticos apresentam uma prevalência duas a três vezes maior de hipertensão. Em 2002 foi criado um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, conhecido como Hiperdia, com o objetivo principal de monitorar globalmente os pacientes atendidos. **Objetivo:** Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados no Hiperdia de uma unidade de saúde do município de Ipatinga/MG. **Métodos:** Trata-se de um estudo em que foram avaliados 506. **Resultados:** Do total de 506 pacientes, todos eram portadores de hipertensão. Desses, 415 são hipertensos e diabéticos (82%). Houve predominância pelo gênero feminino (63,2%). A frequência de sobrepeso (38,5%) e obesidade (39,7%) esteve aumentada entre os pacientes. Observou-se também um uso médio de 3 medicamentos entre os indivíduos. Dentre os medicamentos anti-hipertensivos a classe mais frequentemente utilizada foi a dos diuréticos. A prevalência de doença renal crônica encontrada foi elevada (41,9%). **Conclusão:** Diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica são fatores de risco independentes e sinérgicos para a doença cardiovascular. Percebemos que os pacientes avaliados não apresentam um bom padrão de perfil lipídico e ainda possuem uma alta taxa de excesso de peso. O controle glicêmico avaliado por meio da glicohemoglobina reflete a desregulação na manutenção da euglicemia nos pacientes diabéticos.

Palavras-chave: Programa Hiperdia. Diabetes mellitus e hipertensão arterial. Doença renal crônica.

1) Introdução

Hipertensão

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida por valores de pressão arterial sistólica maiores ou iguais a 140 mmHg e/ou 90 mmHg para a pressão arterial diastólica, aferidas em pelo menos duas situações distintas (ALESSI et al., 2013; ROSÁRIO et al., 2009). E trata-se da afecção mais frequente dentre as doenças crônicas não transmissíveis (SCHMIDT et al., 2009).

A HAS associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, como o coração, encéfalo, vasos sanguíneos, rins e ainda, a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BELLETTI; ZACKER; WOGEN, 2010).

Diabetes

O Diabetes Mellitus (DM) compreende um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é decorrente de defeitos na ação da insulina, secreção da insulina ou em ambos os mecanismos. Em torno de 90-95% dos casos a forma presente é a do Diabetes Mellitus tipo 2, que caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). É um importante e crescente problema de saúde pública, com incidência e prevalência aumentando em todo o mundo, alcançando proporções epidêmicas (SILVA et al., 2006).

O diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 é realizado através da dosagem da glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL em duas dosagens, e / ou glicemia ≥ 200 mg/dL após sobrecarga com 75g de dextrosol, e/ou glicemia aleatória ≥ 200 mg / dL na presença de sintomas inequívocos de diabetes (perda de peso não explicada, polidipsia e poliúria) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014; ALESSI et al., 2013).

Diabetes e Hipertensão

A associação entre HAS e DM vem sendo descrita desde a década de 1970, observada em ambos os gêneros e faixa etária. Os pacientes diabéticos apresentam uma prevalência duas a três vezes maior de HAS, quando comparados a população

geral e, em torno de 70% dos diabéticos são hipertensos (ALESSI et al., 2013; SILVA et al., 2006). O predomínio de DM e HAS no Brasil são altos, continuam crescendo e as suas prevenções e monitoramentos são indicadas como altas prioridades pelo Ministério da Saúde (BANCO MUNDIAL, 2005).

Ambas são importantes causas de doenças cardíacas e renais e, ainda no caso do DM, de diversos tipos de incapacitação como as amputações e cegueira (BANCO MUNDIAL, 2005). Dessa forma, o tratamento da HAS nos pacientes diabéticos é particularmente importante, tanto para a prevenção da doença cardiovascular quanto para minimizar a progressão da doença renal e da retinopatia diabética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O sétimo relatório do Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7) recomenda que pacientes hipertensos não diabéticos devam manter os níveis pressóricos em valores inferiores a 140/90 mmHg, enquanto que para os pacientes diabéticos essa meta encontra-se em valores inferiores a 130/90 mmHg (BELLETTI; ZACKER; WOGEN, 2010; COOPER-DEHOFF et al., 2010).

Em 2002 foi criado um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, conhecido como Hiperdia. Este foi desenvolvido com os objetivos principais de permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando assim informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de maneira sistemática a estes pacientes (FERREIRA, C.; FERREIRA, M., 2009). O programa objetiva ainda, por meio da reorganização do trabalho de atenção à saúde das unidades da rede básica dos serviços de saúde, estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas afecções (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012; BRASIL, 2002).

Observamos que são poucos os estudos científicos envolvendo o perfil da população cadastrada no sistema Hiperdia. Dessa forma, o objetivo do nosso trabalho foi conhecer o perfil dos pacientes cadastrados no Hiperdia / Ministério da Saúde, de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do Município de Ipatinga, por meio de análise laboratorial e clínica. Buscamos ainda identificar a prevalência de Doença Renal Crônica no grupo de hipertensos e diabéticos.

2) Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de delineamento transversal.

População e período de estudo

Foram usados dados do cadastro do Hiperdia, de pacientes em tratamento, no ano de 2012, provenientes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do Bairro Canaã, no município de Ipatinga, MG. O universo de pacientes cadastrados no referido ano, na UBS Canaã, totalizou 2452 indivíduos adultos. Considerando essa população, para um nível de confiança de 99%, um poder de detecção de 80% e uma precisão de 5%, estimou-se uma amostra total de 523 pacientes.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa indivíduos cadastrados no programa Hiperdia da UBS do Bairro Canaã, município de Ipatinga-MG que realizaram consultas e exames laboratoriais no ano de 2012. E, foram excluídos os pacientes que, no registro do programa Hiperdia, apresentaram dados incompletos com relação a medidas antropométricas e/ou laboratoriais.

Análise estatística

Foram realizadas análises descritivas por meio de tabelas de distribuição de frequências e medidas de tendência central e variabilidade.

Para avaliar possíveis associações foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson, t-Student ou Mann-Whitney. Em todas as análises, foi considerado um nível de significância de 5%. Foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 15.0 na execução das análises.

A pesquisa de doença renal crônica foi realizada por meio da dosagem sérica da creatinina com posterior cálculo do seu clearance pela fórmula de Cockcroft e Gault. Foi utilizado o valor de referência de $FG < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ para definição de diminuição da função renal.

3) Resultados

Após o critério de exclusão, foram avaliados um total de 506 pacientes cadastrados no Hiperdia de um Centro de Saúde da cidade de Ipatinga – MG. Todos os 506 participantes são hipertensos e 415 são hipertensos e diabéticos (82%). A maioria (63,2%) é do gênero feminino e a média de idade foi de aproximadamente 63 anos. Cerca de metade dos pacientes (45,8%) estão cadastrados no programa a mais de 5 anos (Tabela 1).

O medicamento mais frequentemente utilizado foi o hipoglicemiante oral (54,2%), seguido da sinvastatina (46,0%). Observou-se o uso médio de 3 medicamentos, com mínimo de 0 e máximo de 9. A prevalência de sobrepeso nos pacientes analisados foi de 38,5% e 39,7% de obesidade (Tabela 1).

Houve diferença significativa entre o grupo de pacientes apenas hipertensos e o composto por hipertensos e diabéticos no que se refere ao uso dos medicamentos hipoglicemiante oral, sinvastatina, bloqueador AT1, inibidor de ECA, antiagreganteplaquetário, insulina NPH e hipotensores de ação central. Todos os medicamentos, exceto inibidor de ECA, foram utilizados mais frequentemente pelo grupo dos hipertensos e diabéticos. Dessa forma, também houve diferença significativa entre os grupos com relação ao número de medicamentos utilizados, pois o grupo de hipertensos e diabéticos teve maior mediana de medicamentos utilizados (3) que o grupo de apenas hipertensos (mediana 2) (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização da amostra

	Total		Diabético e Hipertenso		Hipertenso	
	n	%	n	%	n	%
Gênero						
Masculino	186	36,8	146	35,2	40	44,0
Feminino	320	63,2	269	64,8	51	56,0
Idade						
Média ± Desvio-padrão	62,8 ± 11,6		62,9±10,7		62,2±14,9	
Mediana (Min - Max)	63 (21 – 96)		63 (28-89)		65 (21-96)	
Tempo no programa						
< 5 anos	274	54,2	222	53,5	52	57,1
> 5 anos	232	45,8	193	46,5	39	42,9
Medicamentos utilizados						
HIPOGLICEMIANTE ORAL*	274	54,2	261	62,9	13	14,3
SINVASTATINA*	233	46,0	203	48,9	30	33,0
BLOQUEADOR AT1*	222	43,9	191	46,0	31	34,1
BLOQUEADOR CANAL DE CÁLCIO	186	36,8	158	38,1	28	30,8
DIURÉTICO TIAZÍDICO	147	29,1	128	30,8	19	20,9
INIBIDOR DA ECA*	145	28,7	105	25,3	40	44,0
ANTI AGREGANTE PLAQUETÁRIO*	134	26,5	126	30,4	8	8,8
INSULINA NPH*	102	20,2	94	22,7	8	8,8
BETA BLOQUEADOR	76	15	66	15,9	10	11,0
DIURÉTICO DE ALÇA	63	12,5	49	11,8	14	15,4
DIURÉTICO POUPADOR POTÁSSIO	34	6,7	26	6,3	8	8,8
HIPOTENSORES DE AÇÃO CENTRAL*	28	5,5	27	6,5	1	1,1
INSULINA REGULAR	24	4,7	21	5,1	3	3,3
FIBRATOS	5	1	4	1,0	1	1,1
Número de medicamentos*						
Média ± Desvio-padrão	3,3 ± 1,8		3,5±1,9		2,3 ±1,3	
Mediana (Min - Max)	3 (0 – 9)		3 (0 - 9)		2 (0 – 6)	
Classificação do IMC						
BAIXO PESO	4	0,8	4	1,0		
NORMAL	105	20,8	83	20,0	22	24,2
SOBREPESO	195	38,5	153	36,9	42	46,2
OBESO	202	39,9	175	42,2	27	29,7

*Há diferença significativa entre hipertensos e diabéticos x hipertensos (valor-p<0,05)

Na tabela 2 foram apresentados os resultados descritivos dos dados bioquímicos. Houve diferença significativa entre os grupos de hipertensos e diabéticos e apenas hipertensos para glicose, glicohemoglobina e microalbuminúria. Para as três variáveis, os índices mais elevados foram observados no grupo de hipertensos e diabéticos.

Tabela 2 - Análise descritiva dos dados bioquímicos

		Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Total	Colesterol total	204,7	200,0	44,3	100,0	374,0
	LDL	116,0	110,0	35,5	27,0	321,0
	HDL	49,7	46,0	13,3	20,0	151,0
	Triglicérides	198,6	179,5	99,4	34,0	901,0
	Glicose*	136,4	117,0	59,1	55,0	382,0
	Glicohemoglobina*	7,2	6,8	2,1	4,0	15,8
	Creatinina	1,2	1,0	0,5	0,5	4,0
	Microalbuminúria*	529,4	29,9	1068,1	2,4	4590,0
Hipertensos e diabéticos	Colesterol total	205,0	200,0	47,0	89,0	374,0
	LDL	115,9	109,0	37,8	27,0	321,0
	HDL	49,6	47,0	12,5	20,0	151,0
	Triglicérides	198,1	178,0	103,9	21,0	901,0
	Glicose*	145,9	125,0	59,2	55,0	382,0
	Glicohemoglobina*	7,6	7,2	2,1	4,0	15,8
	Creatinina	1,2	1,0	1,2	0,5	22,8
	Microalbuminúria*	597,5	30,0	1126,2	2,4	4590,0
Hipertensos	Colesterol total	202,0	200,0	31,6	135,0	323,0
	LDL	116,7	112,0	22,5	34,0	190,0
	HDL	50,6	44,0	16,7	30,0	91,0
	Triglicérides	198,4	188,0	78,5	65,0	645,0
	Glicose*	93,3	89,0	34,3	60,0	349,0
	Glicohemoglobina*	5,5	5,0	1,1	4,0	11,3
	Creatinina	1,2	1,1	0,5	0,5	3,0
	Microalbuminúria*	218,7	23,0	669,1	2,6	4587,0

*Há diferença significativa entre hipertensos e diabéticos x hipertensos (valor-p<0,05)

A prevalência de Doença Renal Crônica (DRC) entre os pacientes foi de 41,9%. Nos indivíduos hipertensos esse índice chegou a 42,9% e nos hipertensos e diabéticos 41,6%.

4) Discussão

A partir de dados obtidos do DATASUS no ano de 2012 no estado de Minas Gerais, a maior parte dos pacientes cadastrados no sistema Hiperdia eram portadores apenas de hipertensão (62.796 contra 19.437 diabéticos e hipertensos). Dado este diferente do encontrado em nosso estudo, em que observamos maior prevalência de diabetes e hipertensão associados (415 pacientes portadores de DM e HAS e 91 pacientes portadores de HAS). Porém, esse achado corrobora com o encontrado por Borges (2009), pois quando este avalia os pacientes cadastrados no programa Hiperdia do município de Dourados (MS) ele observa uma frequência maior de portadores de DM e HAS (53,48%) sobre os portadores apenas de HAS (44,18%).

Entre os pacientes avaliados, houve predominância do gênero feminino (63,2%), achado este que condiz com os dados do estado de Minas Gerais exibidos pelo DATASUS no ano de 2012 e outros autores (CARVALHO et al., 2012; FERREIRA, C.; FERREIRA, M., 2009; DALLACOSTA, F.A.; DALLACOSTA, H.; NUNES, 2010; FOLETTI, 2009; GOMES, SILVA, SANTOS, 2010). Essa diferença encontrada pode ser atribuída à maior demanda e à utilização dos serviços de saúde pelas mulheres (FERREIRA, C.; FERREIRA, M., 2009). Em relação à idade, estima-se que a HAS esteja presente em 65% dos idosos e em torno de 15 a 20% da população adulta (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006). No nosso estudo, o perfil dos pacientes foi semelhante ao encontrado por Carvalho et al. (2012), no qual os idosos se mantêm como público dominante.

O consumo médio de medicamento encontrado entre os pacientes avaliados foi de 3,3 medicamentos, este dado se encontra em consonância com o encontrado pelos autores Pereira et al. (2013).

Segundo o Ministério da Saúde, na base de dados do programa Hiperdia em 2012 no estado de Minas Gerais, os principais medicamentos utilizados para tratamento do DM foram os hipoglicemiantes orais, seguidos da insulina. Estes dados coincidem com os encontrados no nosso estudo, no qual 62,9% dos pacientes diabéticos fazem uso dos hipoglicemiantes orais. Bortolini, Júnior e Beltrame (2010) também descrevem uma maior prevalência de uso de hipoglicemiantes orais pelos seus pacientes avaliados.

O tratamento da HAS nos pacientes diabéticos com a utilização de pequenas doses de diurético tiazídicos tem se mostrado eficaz no que se refere à proteção cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). Uma redução da morbidade e mortalidade foi encontrada nos pacientes puramente hipertensos em uso de diuréticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O uso dos antagonistas da angiotensina II demonstrou benefícios em termos de renoproteção com seu uso nos pacientes diabéticos tipo 2 com nefropatia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014), no presente estudo, 46% dos pacientes hipertensos e diabéticos faziam uso dessa classe de medicamento. Pereira et al. (2012), ao avaliar pacientes hipertensos e/ou diabéticos que adquiriram fármacos por meio das unidades da Rede de Farmácias de Minas, observa que no que se refere aos medicamentos utilizados no tratamento de patologias do sistema cardiovascular, os diuréticos (18,7%) estiveram entre as classes mais prescritas, seguido dos agentes com ação sobre o sistema-renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) (17%), betabloqueadores (7,4%) e bloqueadores do canal de cálcio (4,5%). Entre o total de pacientes avaliados no nosso estudo, os principais medicamentos anti-hipertensivos utilizados foram os agentes com ação sobre o SRAA (72,65%), seguido dos diuréticos (48,3%) e bloqueadores do canal de cálcio (36,85%).

Segundo Tomazoni e Siviero (2009) as principais classes de agentes anti-hipertensivos utilizados (em ordem decrescente) pelos pacientes hipertensos foram o diurético tiazídico, os inibidores da enzima conversora de angiotensina, os betabloqueadores e os bloqueadores de canal de cálcio. Porém, entre os nossos pacientes hipertensos, as classes mais utilizadas, em ordem de prevalência, incluem os inibidores da enzima conversora de angiotensina, os antagonistas do receptor de angiotensina II, os bloqueadores do canal de cálcio e o diurético tiazídico em último lugar.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é um dos métodos mais utilizados na avaliação antropométrica da composição corporal. A associação entre excesso de peso, obesidade e aumento do risco de desenvolver hipertensão arterial pode explicar cerca de 20 a 30% dos casos de HAS (BARBOSA; SCALA; FERREIRA, 2009). A epidemia mundial do excesso de peso, seja sobrepeso ou obesidade, também é descrita por Jardim et al. (2007) uma vez que dos pacientes avaliados (38,5%) estavam com sobrepeso e 39,9% eram obesos. Ao contrário do encontrado por Lima et al. (2011), que demonstrou uma maior prevalência de sobrepesos no

grupo de pacientes hipertensos e diabéticos, o nosso estudo observou que nesse grupo a maioria dos pacientes eram obesos, porém, em relação aos pacientes somente hipertensos esses dados se confluem, pois em ambos os trabalhos a prevalência maior foi de pacientes com sobrepeso.

A DRC é considerada um problema de saúde pública mundial, e no Brasil a sua incidência e prevalência estão aumentando (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; KIRSZTAJN et al., 2011). É definida pela lesão do parênquima renal (com função renal normal) e/ou pela diminuição funcional renal ($FG < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) presentes por um período igual ou superior a três meses (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; KIRSZTAJN et al., 2011). O DM é a causa mais frequente de DRC no mundo, contudo, a HAS também se apresenta como uma causa frequente (BASTOS; KIRSZTAJN, 2010). Ambas as afecções apresentam susceptibilidade aumentada para DRC e constituem grupo de risco para a doença (KIRSZTAJN et al., 2011). A prevalência de DRC encontrada no nosso estudo foi de 42,9% no grupo de pacientes hipertensos e 41,6% no grupo de hipertensos e diabéticos. Santos e Moreira (2012) observaram um número bem inferior ao encontrado no nosso estudo. Cerca de 0,9% dos pacientes hipertensos isoladamente ou hipertensos e diabéticos apresentavam doença renal. Todas as classes de anti-hipertensivos são efetivas no controle da pressão arterial nos pacientes com DRC, no entanto, tem-se percebido que os inibidores da enzima conversora da angiotensina e os bloqueadores de receptores da angiotensina são mais eficazes do que as outras classes, principalmente na nefropatia diabética, mas também em hipertensos não diabéticos (BORTOLOTTI, 2008). Um aspecto importante a ser considerado em relação ao diagnóstico e tratamento precoce da DRC é que esta tem participação relevante no aumento do risco de desenvolvimento de doença cardiovascular (KIRSZTAJN; BASTOS; ANDRIOLO, 2011).

Os valores preconizados para HDL, LDL, Colesterol total (CT) e triglicérides (TG) pela VI Diretriz de Hipertensão, são respectivamente, $HDL > 40 \text{ mg/dL}$, $LDL < 100 \text{ mg/dL}$, $CT < 200 \text{ mg/dL}$ e $TG < 150 \text{ mg/dL}$. No presente estudo, os valores médios de LDL, CT e TG encontraram-se acima dos seus valores normais, sendo que somente o valor médio de HDL se manteve dentro dos padrões desejados. Em um estudo realizado por Cabral et al. (2012) em que os autores avaliaram os pacientes do grupo Hiperdia de duas unidades de saúde do município de São Luís (MA), eles observam um perfil de pacientes semelhante ao nosso, no qual o CT

(68,8%) e LDL (83,9%) se mantinham acima do nível esperado, e o HDL em 77,3% dos pacientes se encontrava com valores superiores a 40 mg/dL.

Os testes de glicohemoglobina (HbA1c) refletem a glicemia média pregressa dos últimos dois a quatro meses e, um bom controle glicêmico é considerado quando seus níveis se encontram inferiores a 7% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). Os pacientes diabéticos avaliados em relação a HbA1c demonstraram um mau controle glicêmico, obtendo uma média de 7,6%. Cabral et al. (2012) descreve que 23,5% dos seus pacientes avaliados apresentavam uma HbA1c superior a 7%.

5) Conclusão

A partir dos dados analisados podemos traçar um perfil mais completo dos nossos pacientes. O descontrole dos índices lipídicos, conhecido como dislipidemia, principalmente em pacientes diabéticos, eleva o risco cardiovascular do paciente e, conseqüentemente, o risco de desenvolver infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Os dados acerca da dosagem da glicohemoglobina demonstraram o mau controle glicêmico que a população diabética vem apresentando. Sendo a DM e HAS fatores de risco independentes e sinérgicos relacionados a doença cardiovascular, faz-se necessário o conhecimento e acompanhamento dos pacientes que os apresentam bem como dos indivíduos com risco de desenvolverem. A doença renal crônica que em seus estágios iniciais apresenta-se assintomática deve sempre ser suspeitada nesses pacientes, uma vez que o Diabetes Mellitus é visto como a sua principal causa.

O seguimento regular desses pacientes acaba por estreitar a relação dos profissionais de saúde e o paciente, favorecendo a adesão ao tratamento. Adesão essa importante para a redução das complicações de ambas as afecções.

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE TWO PATIENTS CADASTRADOS HIPERDIA
PROGRAM NO UMA BASIC UNITS OF IPATINGA SAÚDE CIDADE DA-MG NO
YEAR 2012**

Nayandra Souza e Silva¹, Ticiania Fernandes de Souza Macedo¹, Verônica Marques
Matos¹, & Flávio Mendonça Pinto²

1 - Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

2 - Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

ABSTRACT

Introduction: The association between systemic hypertension and diabetes mellitus has been described since the 1970s Diabetic patients have a prevalence two to three times higher for hypertension. In 2002 a Plan of Reorganization of Care for hypertension and diabetes mellitus, known as Hiperdia, with the main objective to globally monitor the patients was created. **Objective:** To learn the epidemiological profile of patients registered in Hiperdia a health facility in the municipality of Ipatinga / MG. **Methods:** This is a study that evaluated 506. **Results:** A total of 506 patients, all patients had hypertension. Of these, 415 are hypertensive and diabetic (82%). Predominated in females (63.2%). The prevalence of overweight (38.5%) and obesity (39.7%) was higher among patients. We also observed an average use of 3 drugs among individuals. Among the antihypertensive drugs most often used was the class of diuretics. The prevalence of chronic kidney disease was found high (41.9%). **Conclusion:** Diabetes mellitus and hypertension are independent and synergistic effects on cardiovascular disease risk factors. We realize that patients evaluated did not have a good standard lipid profile and still have a high rate of overweight. Glycemic control assessed by glycohemoglobin reflects dysregulation in maintaining euglycemia in diabetic patients.

Keywords: Hiperdia Program. Diabetes mellitus and arterial hypertension. Chronic renal disease.

Referências Bibliográficas

ALESSI, A. et al. I Posicionamento Brasileiro em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.100, n.6, p.491-501, 2013.

BANCO MUNDIAL.Documento do Banco Mundial. Brasil: Enfrentando o desafio das doenças não-transmissíveis no Brasil. Relatório Nº 32576BR. 15 de novembro de 2005.

BARBOSA, L.S.; SCALA, L.C.N.; FERREIRA, M.G. Associação entre marcadores antropométricos de adiposidade corporal e hipertensão arterial na população adulta de cuiabá, mato grosso. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.2, p.237-247, 2009.

BASTOS, M.G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.2, p.248-53, 2010.

BASTOS, M.G.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.33, n.1, p.93-108, 2011.

BELLETTI, D.A.; ZACKER, C.; WOGEN, J. Effect of cardiometabolic risk factors on hypertension management: a cross-sectional study among 28 physician practices in the United States. **Cardiovascular Diabetology**, v.9, n.7, 2010.

BORGES, B.L.C. Comprometimento da função renal em pacientes cadastrados no programa Hiperdia do município de dourados, mato grosso do sul – brasil, 2009. 2009. 74f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília. 2009.

BORTOLINI, E.T.T., et al. Perfil epidemiológico dos diabéticos no município de água doce, SC. **Evidência**, v.10, n.1-2, p.131-138, 2010.

BORTOLOTTI, L.A. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Revista Brasileirade Hipertensão**, v.15, n.3, p.152-155, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos** – Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002.

CABRAL, N.A.L. et al. Cintura hipertrigliceridêmica e risco cardiometabólico em mulheres hipertensas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.58, n.5, p. 568-573, 2012.

CARVALHO, A.L.M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no programa Hiperdia no município de teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1885-1892, 2012.

COOPER-DEHOFF, R.M. et al. Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary artery disease. **Journal of the American Medical Association**, v.304, n.1, 2010.

Consulta realizada nos dias 9, 10 e 11 de Novembro de 2014. In: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/relatorio.asp>>.

DALLACOSTA, F.M.; DALLACOSTA, H.; NUNES, A.D. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. **Unoesc & Ciência**, v.1, n.1, p.45-52, 2010.

FERREIRA, C.L.R.A.; FERREIRA, M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da redepública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, v.53, n.1, 2009.

FOLETTTO, K.C. Perfil epidemiológico, estado nutricional e fatores associados à hipertensão e diabetes mellitus em idosos cadastrados no Hiperdia no município de caixias do sul (RS). 2009. 46f. Dissertação (Especialista em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

GOMES, T.J.O.; SILVA, M.V.R.; SANTOS, A.A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17, n.3, p.132-139, 2010.

JARDIM, P.C.B.V. et al. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.88, n.4, p.452-457, 2007.

KIRSZTAJN, G.M.; BASTOS, M.G.; ANDRIOLO, A. Proteinúria e creatinina sérica: testes essenciais para diagnóstico de doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v.47, n.2, 2011.

KIRSZTAJN, G.M. et al. Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Diagnóstico. **Projeto diretrizes**, 2011.

LIMA, A.S.; GAIA, E.S.M.; FERREIRA, M.A.A importância do programa hiperdia em uma unidade de saúde da família do município de serra talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, v.2, n.1, 2012.

LIMA, L.M., et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.2, p.323-329, 2011.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.2, p.377-385, 2006.

PEREIRA, H.N. et al. Perfil do uso de medicamentos por idosos assistidos pelo programa Hiperdia de campina grande – PB. In:III CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO. 2013, Campina Grande, PA. Editora Realize, 2013.

PEREIRA, V.O.M. et al. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da rede farmácia de Minas. **Caderno de Saúde Pública**, v.28, n.8, p.1546-1558, 2012.

ROSÁRIO, T.M. et al. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.93, n.6, p.672-678, 2009.

SANTOS, J.C.; MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.5, p.1125-1132, 2012.

SCHMIDT, M.I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista Saúde Pública**, v.43, n.2, p.74-82, 2009.

SILVA, T.R. et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.180-189, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95, n.1, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes; José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio – Organização. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

TOMAZONI, T.; SIVIERO, J. Consumo de potássio de idosos hipertensos participantes do programa Hiperdia do município de caxias do sul, RS. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.16. n.4, p.246-250, 2009.