

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SOBRE OS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

Family Health Strategy: nursing interventions on cardiovascular risk factors

Rudval Souza da Silva¹, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão²,
Carolina Mascarenhas Araújo³, Chalana Duarte de Sena⁴, Isaiane dos Santos Bitencourt⁵

RESUMO

Diante dos altos índices de morbimortalidade frente às doenças cardiovasculares no Brasil, torna-se relevante discutir o papel do enfermeiro no processo de tomada de decisão na promoção da saúde e prevenção das doenças cardiovasculares na comunidade, em especial com práticas de educação em saúde. Este estudo teve como objetivo identificar as intervenções utilizadas por enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família na prevenção dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com nove enfermeiros que atuam nas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, recebendo o Parecer nº 57857/2012. Os resultados demonstram que os enfermeiros seguem as recomendações utilizadas pelo Programa HIPERDIA preconizadas pelo Ministério da Saúde, além de estratégias como atividades educativas na comunidade para a conscientização da população, ampliação e viabilidade no acesso ao serviço e apoio multidisciplinar. Pôde-se concluir que o enfermeiro é um ente essencial no processo de educação em saúde, no desempenho de intervenções terapêuticas de conscientização quanto aos riscos em relação às doenças cardiovasculares aos quais a população está exposta, contribuindo para relevantes mudanças no estilo de vida em prol de uma longevidade saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Doenças Cardiovasculares; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Given the high rates of mortality regarding cardiovascular diseases in Brazil, it is relevant to discuss the nurse's role in decision-making in health promotion and prevention of cardiovascular disease in the community, especially with health education practices. This study aimed to identify the interventions used by nurses who work in the Family Health Strategy, in the prevention of risk factors for cardiovascular disease. This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach, conducted with nine nurses who work on Family Health Strategy teams. To collect data, we used semi-structured interviews. The study was approved by the Ethics and Research Committee, Ruling No. 57857/2012. The results show that the nurses follow the recommendations used by the HIPERDIA program and recommended by the Ministry of Health, as well as strategies such as educational activities in the community to raise the awareness of the population, expansion and sustainability in access to services, and multidisciplinary support. It was concluded that the nurse is a key entity in the process of health education, in the performance of therapeutic interventions to raise awareness about the risks of cardiovascular diseases to which the population is exposed, contributing to significant changes in lifestyle towards a healthy longevity.

KEYWORDS: Nursing Care; Cardiovascular Diseases; Primary Health Care.

¹ Mestre e doutorando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – Bolsista CAPES. Enfermeiro. Professor Assistente da Universidade do Estado da Bahia UNEB/Campus VII. E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br.

² Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Enfermeira. Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia UNEB/Campus VII.

³ Enfermeira. Graduada pela Universidade do Estado da Bahia UNEB/Campus VII.

⁴ Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – Bolsista CAPES. Enfermeira. Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia UNEB/Campus VII.

⁵ Mestre em Enfermagem e Saúde pela Universidade do Sudoeste da Bahia. Enfermeira. Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia UNEB/Campus VII.

INTRODUÇÃO

O grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) compreende majoritariamente as doenças cardiovasculares, o diabetes *mellitus*, o câncer e as doenças respiratórias crônicas. Essas apresentam fatores de risco comuns e demandam por uma assistência continuada nos serviços de saúde, com ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento populacional.¹

Dentre as DCNT, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares apresentam elevada prevalência em todo o mundo, tendo as dislipidemias como um dos principais fatores desencadeantes, isoladamente ou em associação a outros fatores de risco, como tabagismo, diabetes, sedentarismo, etilismo, hipertensão arterial, obesidade, aumento dos triglicérides, diminuição do HDL-colesterol etc., o que pode, com o passar dos anos, provocar o aparecimento ou agravar o quadro clínico das doenças cardiovasculares.²

Essas doenças representam a principal causa de morte no Brasil, sendo responsáveis por cerca de 30% dos óbitos para todas as faixas etárias.²⁻³ Segundo dados observados nos atestados de óbitos, dentre as doenças cardiovasculares que atingiram a população brasileira no final do século XX, o acidente vascular cerebral (AVC) é tido como a primeira causa de morte, seguido da doença isquêmica do coração (DIC).³

Na maior parte dos casos, tanto o AVC como a DIC têm etiologia conhecida e fatores de risco bem estabelecidos. Dados de estudos sobre as doenças do aparelho circulatório (DAC) demonstraram o indiscutível papel das dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, idade e o diabetes *mellitus* (DM) como fatores de risco independentes para a aterosclerose e consequente DIC,⁴ o que facilita o trabalho para a prevenção desses agravos.

A prevenção baseada no conceito de risco cardiovascular significa orientar esforços preventivos não pelos riscos atribuíveis à elevação de fatores isolados, como a pressão arterial ou o colesterol sérico, mas pelo somatório dos riscos decorrentes de múltiplos fatores, estimado pelo risco absoluto global em cada indivíduo.⁵

Sabe-se que alguns hábitos de vida devem ser modificados em prol de uma melhor qualidade de vida, além de redução de certos agravos à saúde da população. Deve-se dar uma atenção especial aos fatores de risco cardiovasculares, os quais poderão se perpetuar em complicações renais, metabólicas, cerebrovasculares, dentre outras. Pode-se citar como fatores de risco modificáveis: a obesidade, a falta de atividades físicas regulares, o tabagismo, o alcoolismo, o padrão alimentar inadequado, principalmen-

te com excesso de sódio, conservantes e gorduras, além do estresse.⁶ Fatores para os quais o enfermeiro, estando mais próximo do contexto familiar, deve atentar-se, a fim de promover ações de educação em saúde tanto para o paciente como para seus familiares, visto que estes possuem um grande poder de persuasão sobre as decisões daqueles.⁷

Todos esses fatores de risco estão inter-relacionados, portanto, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas que vão desde a prevenção ao controle desses fatores, individuais e coletivos, a fim de contribuir para a redução da morbimortalidade pelas DAC, sendo, na atualidade, portanto, um dos maiores desafios da Atenção Básica à Saúde.⁸

Dessa forma, as orientações são necessárias, em amplo espectro, incluindo, quando necessário, o que se refere ao tratamento farmacológico e ao não farmacológico. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial, se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução!

Estudos⁹ mostram que a frequência de atividades direcionadas pela educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) está reduzida, diminuindo o acesso do usuário às informações adicionais sobre seu estado de saúde e sobre o que fazer para minimizar complicações. A incorporação da ESF como política prioritária da atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende condições mais favoráveis ao acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem para as DAC exige,¹⁰ sendo, na atualidade, um dos maiores desafios da atenção básica. O que torna relevante desenvolver estudos acerca da atuação do enfermeiro frente à ESF, no processo de educação em saúde dos usuários, com respeito às doenças cardiovasculares.

Para tal, sabe-se que o enfermeiro desenvolve um papel relevante na prestação de cuidados a pessoas com doenças cardiovasculares, em especial no desenvolvimento de estratégias de educação em saúde.

Diante desse contexto, percebe-se que a atuação do enfermeiro no processo de prevenção a agravos é de extrema importância para que a população tenha conhecimento dos fatores de riscos mais predisponentes para as doenças cardiovasculares. Com isso, cabe a reflexão sobre quais estratégias, preventivas e assistenciais, são utilizadas pelos enfermeiros das equipes de Saúde da Família, em prol da redução das mortes por DIC e por DCV. Assim, torna-se relevante conhecer o que é realizado por esses profissionais em nível de cuidado.

O presente estudo assume como questão de investigação conhecer quais as intervenções/estratégias utilizadas pelo enfermeiro frente às doenças cardiovasculares na população atendida na ESF, tendo como objetivo identificar

as intervenções utilizadas por enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família na prevenção dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

A TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e analítico, com abordagem qualitativa, realizado em um município do interior da Bahia, Brasil. Foram selecionadas todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Riachão do Jacuípe – Bahia, situada a 183 km da capital do Estado – Salvador, totalizando nove UBS. Participaram do estudo nove enfermeiros atuantes nas equipes da Estratégia de Saúde da Família do referido município, lócus da pesquisa. Para identificação desses profissionais, foram utilizados nomes de chá, resguardando-se a privacidade e confidencialidade dos participantes.

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2012, a partir da entrevista semiestruturada, gravada com o auxílio de um gravador de voz, direcionada por um formulário com questões fechadas, para caracterização de dados sociais, econômicos e demográficos, e questões abertas, que nortearam as entrevistas, dentre as quais são citadas: Quais as intervenções/estratégias que você utiliza na Unidade de Saúde da Família em que atua para a prevenção dos fatores de risco às doenças cardiovasculares? Existem dificuldades para trabalhar com as

doenças cardiovasculares? Você faz atendimento ao grupo de pacientes do programa HIPERDIA? Fale sobre o fluxo e o atendimento. O que você pensa que poderia ser feito para melhorar o atendimento a esse grupo populacional?

Os dados foram organizados e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, segundo Bardin,¹¹ especificamente a análise temática, que constou das seguintes etapas: **Ordenação dos dados:** foram transcritas as entrevistas e, posteriormente, feita a leitura exaustiva do material e **Classificação dos dados:** os resultados foram divididos em categorias e analisados a partir de artigos e outras literaturas científicas sobre a temática.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Bahia, recebendo Parecer de nº 57857 e CAAE nº 03248912.2.0000.0057, e pautou-se na Resolução CNS 466/2012, a qual trata das questões éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, no que tange aos princípios da beneficência e não maleficência, sigilo e anonimato. Aos participantes, inicialmente, foi-lhes apresentado o projeto e, em seguida, após todos os esclarecimentos e o seu aceite, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os participantes do estudo foram sete enfermeiras e dois enfermeiros. Percebe-se que dentre os profissionais

das Unidades de Saúde da Família, há uma predominância do sexo feminino. A idade variou entre 23 e 32 anos, com apenas uma enfermeira que não cursou pós-graduação. Os dados são detalhados na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo, Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil, 2014.

Participantes	Sexo	Raça	Idade	Estado Civil	Religião	Ano de formação	Pós-Graduação	Tempo que trabalha na USF	Trabalhou em outra USF anteriormente
1 Cravo	M	Parda	26	Solteiro	Evangélica	2011	Não	5 meses	Não
2 Canela	F	Parda	27	Casada	Espírita	2007	Saúde Pública	4 anos e 8 meses	Sim
3 Camomila	F	Parda	25	Solteira	Evangélica	2011	UTI neonatal e pediátrica	6 meses	Não
4 Erva Doce	F	Preta	31	Casada	Evangélica	2005	Saúde da Família	5 meses	Sim

5	Boldo	F	Parda	26	Solteira	Católica	2009	Gestão em Saúde	4 anos	Não
6	Erva Cidreira	F	Parda	31	Solteira	Católica	2007	Enfermagem do Trabalho	4 meses	Não
7	Hortelã	F	Parda	23	Solteira	Outros	2012	Saúde da Família	4 meses	Não
8	Caatinga de Porco	F	Parda	32	Solteira	Outros	2011	Saúde Pública	3 meses	Não
9	Capim Santo	M	Parda	26	Solteiro	Outros	2012	Emergência	4 meses	Não

Fonte: dados da pesquisa.

Após a organização e análise dos dados, segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin,⁽¹¹⁾ emergiram quatro categorias de análise (Quadro 1), no que tange à prevenção dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Quadro 1 - Categorias de análise, Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil, 2014.

Categorias	Quais as intervenções utilizadas pelo enfermeiro frente às doenças cardiovasculares na ESF?
<p><i>Intervenções para prevenção dos fatores de risco para doenças cardiovasculares</i></p>	<p>“Estratégias que o Ministério da Saúde preconiza no programa HIPERDIA, com auxílio dos documentos que orientam as equipes de saúde da família [...]” (Cravo)</p> <p>“A principal é na verdade as ações do HIPERDIA que a gente realiza com os hipertensos e diabéticos, que é o controle da PA, consultas e algumas ações de impacto na comunidade, como um projeto de educação que temos focado em toda comunidade de risco para doenças cardiovasculares”. (Boldo)</p> <p>“Trabalho em grupo com escolares, familiares, em sala de espera, em escolas falando sobre os riscos que eles correm pelo estilo de vida, pelo familiar que já possui algum tipo de problema cardiovascular, tentando assim desde já mudar o hábito de vida deles”. (Erva Doce)</p> <p>“A educação em saúde sobre quais são os fatores de riscos e a forma como é prevenida”. (Hortelã)</p> <p>“Se for o caso de ter diabetes, eu já atrelo a essa questão, já tem pressão elevada, já tem a glicemia elevada que também já altera pouquinho esse trânsito de células e de corpos dentro da circulação então eu já atrelo isso a questão das dislipidemias, a gente já geralmente em quase todos os casos que avaliada a pessoa que tem a pressão descontrolada, que tem pico hipertensivo, associa-se a medicação que às vezes não toma de forma correta, então a gente faz uma avaliação também dos ácidos graxos, triglicérides, todas essas espécies bioquímicas que afetam a circulação, HDL, LDL, já pede o colesterol total e essas frações [...]” (Cravo)</p> <p>“Formação de grupos de [pessoas com] diabéticos e hipertensos para adesão ao tratamento como atividades físicas, trabalho em grupo com escolares, familiares [...]” (Erva Doce)</p> <p>“Um projeto lá de educação física que a gente faz também, este não só focado apenas para os pacientes do HIPERDIA, mas para toda comunidade para prevenir dos riscos cardiovasculares [...]” (Boldo)</p> <p>“Fazemos palestras falando das doenças, do que é diabetes [...]” (Caatinga de Porco)</p>

<p><i>Dificuldades encontradas para trabalhar com o Programa HIPERDLA</i></p>	<p>“Ter muita gente, porque a maioria do pessoal lá, da clientela são hipertensos, é um número muito grande” (Capim Santo)</p> <p>“Com relação ao paciente aderir ao tratamento, alguns deles que não aceitam o fato de estar doente, não aceitam a medicação ou não fazem uso de forma regular [do medicamento] pelo fato de não acharem que não estão doentes. Principalmente com a hipertensão, que normalmente é uma doença silenciosa [...]” (Canela)</p> <p>“A resistência dos pacientes!” (Hortelã)</p> <p>“Até o momento não tive dificuldades”. (Canela)</p> <p>“Por incrível que pareça é a temática mais fácil para a gente trabalhar. Porque a gente tem educador físico, nutricionista e tem maior adesão da comunidade porque acaba atingindo o grupo da terceira idade que é o grupo que mais participa das atividades na comunidade”. (Boldo)</p>
<p><i>Rotina de atendimento dos pacientes cadastrados no Programa HIPERDLA</i></p>	<p>“A gente tem nesse caso dois turnos na semana, matutino e vespertino, para atendimento do HIPERDLA, são doze pacientes por turno. No fluxo, eles chegam e é feita triagem para ver como esta a PA e o diabético faz o HGT e ai faz a consulta. A gente sempre tem o cuidado com o diabético, de estar avaliando os pés, se o calçado está adequado, a gente vê a questão do uso do medicamento e as orientações como forma de estar ajudando no controle da hipertensão e diabetes”. (Canela)</p> <p>“Tem o dia específico da semana, que é a segunda-feira o dia inteiro. Manhã e tarde. E a pessoa com hipertensão ou diabetes vem para a consulta de enfermagem comigo, ai eu faço o cadastro no programa, faço levantamento dos fatores de riscos, falo sobre a doença, explico sobre os medicamentos, os efeitos, falo do tratamento medicamentoso e não medicamentoso”. (Camomila)</p> <p>“O atendimento de três em três meses, o atendimento é feito baseado nas orientações gerais, exame físico para diabetes com relação à circulação, vascularização”. (Erva Doce)</p> <p>“De três em três meses, mas se eu perceber que ela tem algum risco, aí eu marco com uma frequência menor, um mês, quinze dias”. (Camomila)</p> <p>“Agenda o próximo dia que ele vai vir ou no mês seguinte ou daqui a três meses”. (Boldo)</p>
<p><i>Sugestões apresentadas pelos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família para melhorar o atendimento ao grupo do Programa HIPERDLA</i></p>	<p>“Maior atenção à comunidade, uma atividade de impacto com a comunidade para estimular os pacientes a aderirem melhor ao tratamento”. (Erva Doce)</p> <p>“Na verdade, na verdade, seria uma conscientização do próprio paciente porque, normalmente aqueles pacientes que a gente não consegue trazer à unidade são aqueles que não se aceitam doentes, ou aqueles que têm plano de saúde que só faz consulta a cada seis meses, um ano”. (Canela)</p> <p>“Pra melhorar o atendimento em relação à questão mais operacional da demanda, a verdade é organizar isso, já tem a demanda muito grande, você acaba tendo que reduzir o tempo da consulta [...] a solução que eu penso é ampliar o serviço e a oferta”. (Cravo)</p> <p>“Eu acho que a ênfase no trabalho multidisciplinar que possa desenvolver não só o enfermeiro, porque às vezes o enfermeiro realmente fica com a sobrecarga do HIPERDLA [...] que não fosse algo tão pontual, poderia surtir mais efeito, pois eles gostam”. (Boldo)</p> <p>“Se tivesse mais profissionais disponíveis do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) pra fazer, aumentaria muito a adesão”. (Camomila)</p>

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Em relação ao objetivo do presente estudo, que consiste em identificar as intervenções utilizadas por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família na prevenção dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, pode-se depreender que uma das intervenções referidas pelos enfermeiros é o acompanhamento sistemático dos usuários seguindo as estratégias do programa HIPERDIA, que se trata de um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes. Os dados captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, geram informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde do Brasil.¹²

O programa HIPERDIA representa 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 essas pessoas e minimizar os fatores condicionantes de complicações das doenças.¹³

Além das diretrizes do Programa HIPERDIA, observou-se que alguns enfermeiros adotam outras intervenções que contribuem com o que já é preconizado pelo Programa do Ministério da Saúde, como o uso de intervenções terapêuticas com atividades de educação em saúde, tanto durante as consultas de enfermagem como com o desenvolvimento de palestras educativas na sala de espera, e até mesmo de atividades programadas na comunidade.

Percebe-se que o uso da educação em saúde é frequente na maioria das Unidades de Saúde da Família, sendo de suma importância para a orientação e educação sobre os cuidados frente aos fatores de riscos da DCV, que são o diabetes e a hipertensão, pois, por meio do conhecimento, é possível modificar hábitos e estilo de vida e, se necessário, o uso de fármacos.

Entre os participantes, infere-se que, na prática, a solicitação de exames complementares é bastante comum, pois se sabe de sua necessidade, haja vista a análise do resultado desses exames, que permite ao enfermeiro realizar uma melhor avaliação clínica e planejar intervenções mais precoces para controlar ou sanar a causa primária da doença de base. Os estudos¹⁴ mostram que a realização de exames periódicos permite a identificação de eventuais doenças, além de acompanhar e identificar os fatores de risco em potencial, e orientar o enfermeiro no planejamento de intervenções junto ao usuário na mudança no

estilo de vida, em prol de resultados positivos que interfiram diretamente na qualidade de vida.

Outra intervenção a identificar a partir das falas dos enfermeiros foi o incentivo à realização de atividade física, especialmente para aqueles usuários com maior vulnerabilidade diante dos fatores de risco. Realizar atividade física permite ao indivíduo ser mais ativo e ter menos limitações físicas, já que os músculos estarão diariamente sendo trabalhados, adquirindo resistência e uma maior oxigenação, contribuindo também para o desempenho do sistema circulatório.¹⁵⁻¹⁶

Também foi possível inferir das falas dos entrevistados as contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, como uma intervenção estrutural que tem por objetivo subsidiar a equipe da Estratégia de Saúde da Família por meio de uma atuação multidisciplinar, que, em conjunto com essa, proporciona prevenção de doenças e promoção à saúde da pessoa, família e comunidade.

Assim, o Ministério da Saúde¹² orienta que as intervenções diretas do NASF frente aos usuários e familiares podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família, com discussões e negociação a priori entre os profissionais gestores do caso.

Quando se buscaram as dificuldades encontradas pelos enfermeiros frente à sua atuação no Programa HIPERDIA, pôde-se identificar que os maiores obstáculos foram: alta demanda; não adesão ao tratamento por parte dos pacientes com dificuldade em aceitar a sua condição de adoecimento; distância entre as Unidades de Saúde e as casas dos pacientes que residem na zona rural. No entanto, alguns enfermeiros relataram não ter nenhuma dificuldade com a temática, afirmando, inclusive, ser um dos melhores grupos para se trabalhar o dos pacientes participantes do Programa HIPERDIA.

Deve se considerar que, de forma geral, a demanda nos serviços públicos é numerosa, exigindo grandes esforços dos profissionais de saúde, e que um atendimento de boa qualidade implica em disponibilidade e interesse, ajudando o paciente a descobrir alternativas para esse problema.¹⁵

Em relação à não adesão ao tratamento por parte dos usuários dos serviços de saúde, os entrevistados justificam pelo baixo nível escolar, situação socioeconômica desfavorável, idade e também não aceitação da doença.

Estudos¹⁴ afirmam que a não adesão ao tratamento é a principal causa de insucesso no controle das doenças cardiovasculares. As referidas autoras apresentam a busca ativa como estratégia viável para solucionar parcialmente o problema da negligência ao tratamento, além dos esclarecimentos sobre a doença e os riscos para a conscienci-

zação das pessoas, atuando, assim, na promoção à saúde.

Vale ressaltar que foi apresentado por alguns enfermeiros não haver dificuldade em atuar no programa HIPERDIA, considerando o apoio do NASF e a quantidade de usuários que aderem às consultas, por ser um programa do Ministério da Saúde que se desenvolve dentro do Programa Saúde da Família.

Em relação à categoria que aborda a questão da rotina de atendimento aos pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA, pode-se depreender que o atendimento é realizado em todas as unidades do município; no entanto, o fluxo varia de acordo com a área de cobertura. O que se pode inferir é que há atendimento no programa HIPERDIA de maneira regular, porém não uniforme nas Unidades de Saúde do município onde ocorreu o estudo.

Também ficou bastante perceptível a questão de que existe um dia da semana selecionado para o atendimento dos participantes do Programa HIPERDIA, com os dois turnos disponíveis, valendo ressaltar que, segundo informam os enfermeiros, não se deixa de atender aos usuários que vêm ao serviço em outro dia que não o dia da semana específico, pois o objetivo da Unidade de Saúde da Família é atender a todos os usuários, apesar de se buscar manter uma demanda organizada.

Também foi relatado, no decorrer das falas, que o atendimento à população adscrita no programa para hipertensos e diabéticos acontece de três em três meses, caso não haja intercorrências como: não adesão do tratamento, dificuldade para o uso do medicamento, não comparecimento à unidade para pegar o remédio, reações adversas por conta do medicamento, sinais e sintomas que refletem outras doenças, enfim pacientes não estáveis.

Diante das falas explicitadas, fica perceptível que os enfermeiros atendem ao que é preconização pelo Ministério da Saúde quando este descreve as atribuições dos profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde, definindo que o enfermeiro pode realizar a consulta trimestral para pacientes com pressão arterial e glicemia estáveis. Abordam-se fatores de risco, tratamento não farmacológico, adesão e possíveis intercorrências no tratamento, encaminhando ao médico os indivíduos que, mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou comorbidades.

Ao serem abordados acerca das sugestões para a melhoria no atendimento ao grupo de pessoas cadastradas no HIPERDIA, foi possível identificar como estratégias: a conscientização da população, a ampliação do acesso e o apoio multidisciplinar.

O quesito da conscientização da população se faz imprescindível para a procura da Unidade Básica e a adesão ao tratamento. A partir dos relatos, fica notória a neces-

sidade de envolver a comunidade por meio da conscientização sobre a importância de reconhecer que possui a patologia, recorrer à unidade e fazer uso correto da medicação para um benefício próprio, além da necessidade da mudança do estilo de vida e autocuidado, para que a longevidade seja alcançada com qualidade de vida e que os outros membros da família, que ainda não possuem as patologias, não desenvolvam ou adquiram.

Outra estratégia evidenciada foi a de ampliação do acesso aos usuários, que facilitaria o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes, já que o atendimento englobaria um maior contingente de pessoas. De acordo com as falas dos entrevistados, infere-se que ampliar o serviço é uma proposta plausível para melhorar o atendimento à demanda que a cada dia aumenta, contribuindo para uma consulta mais detalhada e precisa.

Por fim, a terceira vertente mencionada pelos entrevistados foi o apoio multidisciplinar à Equipe de Saúde da Família para melhorar o serviço às pessoas cadastradas ao programa HIPERDIA.

O apoio multidisciplinar é fundamental para a melhoria da Atenção Básica à Saúde, como afirmam os estudos.⁹⁻¹⁰ Na Estratégia de Saúde da Família, a abordagem ao usuário deve ser multiprofissional e interdisciplinar, na qual cada profissional realiza sua avaliação e, posteriormente, em conjunto, todos traçam as metas e desenvolvem as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde.

CONCLUSÕES

Diante da grande magnitude nacional e mundial das doenças crônicas constatada durante todo o estudo, depreende-se que é de fundamental importância o desenvolvimento de ações em nível de prevenção primária, para diminuir os índices de morbimortalidades causadas pelas DCV, necessitando, assim, de constante aperfeiçoamento e avaliação para medir os impactos gerados na população.

No decorrer do estudo, observou-se que as intervenções utilizadas pelos enfermeiros se restringem quase que exclusivamente ao acompanhamento sistemático, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde para o Programa HIPERDIA, a partir de atividades educativas em sala de espera, palestras, ações educativas em escolas, núcleos familiares e educação em saúde. Foi mencionada a estratégia de solicitação de exames complementares para avaliar rotineiramente o estado de saúde da população, verificando a eficácia das estratégias utilizadas para cada paciente, de maneira individual e coletiva, o que é respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, contribuindo para o planejamento das intervenções de enfermagem.

No que tange às dificuldades encontradas para se trabalhar com o programa HIPERDIA, cabe ressaltar a alta demanda diante da pouca oferta de serviço e adesão ao tratamento. No entanto, houve discursos divergentes, em que não foi percebida dificuldade alguma com a temática. Em relação à rotina do atendimento, os entrevistados relataram que acontecia de forma regular e que dois turnos da semana eram destinados para os usuários cadastrados nesse programa.

Os enfermeiros apresentaram estratégias utilizadas por eles, para melhorar o atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos: conscientização da população para a adesão ao tratamento, trazendo resultados mais eficazes e notórios, como a ampliação do serviço, proporcionando à comunidade um atendimento mais amplo, contínuo e minucioso e apoio multidisciplinar em larga escala, tornando o serviço mais universal, integral e equânime.

Embora às especificidades dos sujeitos se configurem limitações da pesquisa, o entendimento da intervenção do enfermeiro para a prevenção de doenças cardiovasculares é essencial para os profissionais, sobretudo aqueles que atuam no espaço da ESF, cujo modelo assistencial pauta-se na integralidade do cuidado, a partir da promoção à saúde, sendo fundamental uma maior compreensão acerca dos fenômenos sociais e de saúde que comprometem o bem-estar individual, familiar e coletivo.

REFERÊNCIAS

1. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 [Citado 2014 jan. 28]; 9(4):833-840. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a02v9n4>>.
2. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2013 Oct. [Cited 2014 Jan. 28]; 101(4 Suppl 1):1-20. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n4s1/v101n4s1.pdf>>.
3. Santos Filho RD, Martinez TLR. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas. *Arq Bras Endocrinol Metab*. [Internet]. 2002 [Cited 2014 Jan. 28]; 46(3):212-214. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n3/10890.pdf>>.
4. Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL, Chait A, Eckel RH, Howard BV, et al. Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 1999 [Cited 2013 Nov. 13]; 100:1134-46. Available from: <<http://circ.ahajournals.org/content/100/10/1134.full.pdf>>.
5. Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2005 [Cited 2013 Nov. 28]; 84(3):199-201. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n3/a01v84n3.pdf>>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. *Cadernos de Atenção Básica* n° 16. Brasília; 2006.
7. Nunes S, Rego G, Nunes R. O comportamento profissional e pessoal dos enfermeiros em contexto cardiovascular. *Rev Enf Ref*. [Internet]. 2011 [Cited 2013 Nov. 28]; 3(4):95-105. Available from: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a10.pdf>>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica* n° 15. Brasília; 2006.
9. Menezes AGMP, Gobbi D. Educação em Saúde e Programa Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2010 [Cited 2013 Nov. 28]; 34(1):97-102. Available from: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/13_revisao_Educacao.pdf>.
10. Rosa MLG, Fonseca VM, Oigman G, Mesquita ET. Arterial prehypertension and elevated pulse pressure in adolescents: prevalence and associated factors. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2006 [Cited 2013 Nov. 28]; 87(1):46-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n1/en_a07v87n1.pdf>.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. *Cadernos de Atenção Básica* n° 14. Brasília; 2006.
13. Cunha CW. Dificuldades no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde através do HIPERDIA – Plano de Reorganização da Atenção [TCC – Especialização em Saúde Pública]. [Internet]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Univer-

sidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009 [Cited 2013 Nov. 28]. Available from: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/17937>>.

14. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Viana LMM. HIPERDIA: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*. [Internet]. 2011 [Cited 2013 Nov. 28]; 12 (Esp.):930-6. Available from: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/315/pdf>>.

15. Alves VS, Nunes MO. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface – Comunic Saúde Educ*. [Internet]. 2006 [Cited 2013 Nov. 28]; 9(18):131-47. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a10v1019.pdf>>.

16. Hernandes ESC, Barros JF. Efeitos de um programa de atividades físicas e educacionais para idosos sobre o desempenho em testes de atividades da vida diária. *R Bras Ci e Mov*. [Internet]. 2004 [Cited 2013 Nov. 28]; 12(2):43-50. Available from: <http://www.kleberpersonal.com.br/artigos/artigo_073.pdf>.

17. Chazan AC, Perez EA. Avaliação da implementação do Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. *Rev APS* [Internet]. 2008 [Cited 2014 Jan. 28]; 11(1):10-16. Available from: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/010-016.pdf>>.

Submissão: janeiro/2014

Aprovação: outubro/2014
