

**UniAGES
Centro Universitário
Bacharelado em Enfermagem**

GEIZA CARVALHO GARCIA

**PERIGO DA AUTOMEDICAÇÃO:
o uso de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes
na população cadastrada no HIPERDIA**

**Paripiranga
2021**

GEIZA CARVALHO GARCIA

**PERIGO DA AUTOMEDICAÇÃO:
o uso de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes
na população cadastrada no HIPERDIA**

Monografia apresentada no curso de graduação do Centro Universitário AGES, como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho

Paripiranga
2021

GEIZA CARVALHO GARCIA

**PERIGO DA AUTOMEDICAÇÃO:
o uso de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes
na população cadastrada no HIPERDIA**

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem à Comissão Julgadora designada pela Coordenação de Trabalhos de Conclusão de Curso do UniAGES.

Paripiranga, ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho
UniAGES

Prof. Dalmo de Moura Costa
UniAGES

Igor Macedo Brandão
UniAGES

A Deus, por ter me dado a oportunidade de chegar até aqui, me dando força e coragem ao decorrer de cada dia para enfrentar as batalhas da vida, bem como da graduação.

Aos meus pais, Sandra Garcia e Jair Garcia, por terem sido sempre minha maior inspiração de força de vontade para correr atrás dos meus objetivos, por estarem sempre ao meu lado, principalmente, nas maiores dificuldades.

À toda minha família e aos meus amigos que estiveram presentes nessa jornada.

AGRADECIMENTOS

“Aquele que habita no esconderijo do altíssimo, à sombra do onipotente descansará. Direi do Senhor: Ele é o meu Deus, o meu refúgio, a minha fortaleza e nele confiarei” (Salmo 91:1.2). A Deus, em primeiro lugar, toda honra e glória por ter me proporcionado chegar aqui, por ter sido sempre a minha principal base e força durante toda essa trajetória, afinal, 5 anos não são 5 dias. Agradeço-Te, Deus, por nunca ter me desamparado em momento algum da minha vida e por todas as bênçãos alcançadas.

Aos meus queridos e amados pais, Sandra e Jair, por serem meu alicerce, exemplos de força, coragem e determinação, por não medirem esforços para que pudessem me ver chegar até onde estou, por acreditar em mim desde o primeiro dia da minha existência, por todo amor, carinho, companheirismo e toda cumplicidade – AMO VOCÊS.

Aos meus irmãos, Geivid e Daniel, que, tanto de forma direta, quanto indireta, sempre estiveram ao meu lado, principalmente, durante as viagens de volta para casa. À minha cunhada Iana Maria, por acreditar e ver sempre o melhor de mim em todos os “ângulos”, por ter me presenteado com meu lindo sobrinho, João Lucca. Aos meus primos, em especial, Sheila Reis, junto ao seu esposo, Josigleidson, por me acolherem em sua casa sempre que precisei, sobretudo, durante minha graduação. A Uislei, por ter se feito presente mesmo tão distante. A Rafaela Pinheiro, que me auxiliou e me fez sentir capaz durante minha graduação, obrigada por todo conhecimento e toda confiança a mim passados.

Aos meus avós, Gervásio, Loura, Lindaura e uma das minhas principais fontes Joãozito e Amélia (*in memoriam*), por terem me mostrado o quão importante é o cuidar e a empatia para com o outro. Amo vocês, meus velhinhos. Obrigada por toda preocupação e todo apoio neste período!

Aos meus tios, tanto paternos, quanto maternos, em especial, a Fredi Cintra, por ter me incentivado desde os meus 8 anos de idade a ser uma pessoa independente, esforçada e que luta pelo que é seu, sou grata por todos os livros e pelo incentivo.

Aos meus amigos de vida, a exemplo de Brunna, Clara, Nazaré, Kailane Izabela, Ianca, Naiellen, que não me deixaram de lado, mesmo conhecendo meu gênio forte e ciumento; aos que são das antigas, bem como, os que chegaram depois, vocês são demais. À minha vizinha, Laudenice e família, por todo o auxílio desde o comecinho de tudo, por ser essa pessoa maravilhosamente do bem, que está a todo o momento à minha disposição, OBRIGADA POR TUDO!

A Meire, Carol e família, por terem me acolhido em sua casa durante meu estágio de Atenção Básica como se eu fosse membro da família, não tenho palavras para agradecer tamanho carinho para comigo, vocês são especiais.

Aos meus amigos que a graduação me deu de presente: Edeildes, por ter sido minha duplinha de sala; Laura, por ser amiga e estar comigo na graduação, no estágio e em momentos de companheirismo; nosso mascotinho Douglas, Amenaide, Claudilene, por terem caído como um anjo na minha vida; Luana e Juliane, por todo carinho e companheirismo. Sou grata a Deus por ter vocês na minha vida.

Ao meu orientador e coordenador de curso, Prof. Fábio Luiz, obrigada por toda paciência e pelo incentivo, juntamente ao UniAGES pela oportunidade de me ingressar na mesma.

Aos meus professores, pessoas que se fizeram essenciais para a concretização deste sonho, sem vocês, não seria possível: Kelly Albuquerque, Evandro Henrique, Rodrigo Leal, Humberto Aparecido, Wellington Pereira, Francielly Fraga, Estela e todos os outros que se fizeram componentes da minha grade curricular. Aos meus preceptores maravilhosos: Thaisline Matos, Leonardo Almeida, Emelly e demais, vocês foram fundamentais nesse ciclo, exemplo de empatia, humildade e ser humano, não dei.

A todos aqueles que, tanto de forma direta, quanto indireta, se fizeram presentes ao longo de toda essa longa trajetória, que a vida de cada um seja sempre iluminada.

Carrego comigo uma frase, a qual diz muito sobre mim: “Antes de tudo, fé, depois de tudo: GRATIDÃO!”, e é com esta que eu encerro agradecendo grandemente ao criador por ter me dado a oportunidade de chegar aqui.

A execução é a responsável pelo milagre de transformar o nada em algo. Ideias são maravilhosas, conhecimentos são incríveis, mas a execução é o que realmente transforma, o que faz acontecer.

Caio Carneiro

RESUMO

A automedicação é vista como um grande problema para a saúde pública que ocorre desde os primórdios, sendo praticado por grande parte da população, principalmente, tendo a falta de conhecimento como um dos fatores influenciáveis mais vistos. Logo, a Atenção Primária à Saúde (APS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF) são as principais formas de identificar tal ação, por serem consideradas como a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Mediante tal afirmação, vê-se, ainda, que muitos dos indivíduos, os quais fazem o uso do automedicação, são idosos que possuem diagnósticos de que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com ênfase em Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seja pela falta de acesso aos serviços de saúde, bem como a falta de conhecimento acerca dos riscos oferecidos, como citado. Assim sendo, tem como principal objetivo identificar quais medidas devem ser adotadas como fonte principal para diminuição do surgimento e aumento de casos da HAS e DM, bem como analisar como a automedicação é vista como fator de risco à população em geral, além disso, como objetivos específicos, busca compreender quais medidas serão adotadas pelos profissionais, tentando amenizar o agravamento de doenças crônicas; analisar e identificar fatores que podem ser prejudiciais para o agravamento de determinadas doenças; orientar hipertensos e diabéticos a respeito das mudanças no estilo de vida que devem ser adotados pelos mesmos; conhecer quais medidas levam os pacientes a realizarem uso de medicamentos por conta própria, explicando os malefícios do ato. Quanto à metodologia do trabalho, trata-se de uma revisão integrativa do tipo descritiva, logo, utilizaram-se Descritores em Ciência da Saúde (DeCs), os quais se destacaram da seguinte maneira: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; hábitos de consumo de medicamentos; estilo de vida influenciável; papel do enfermeiro na educação em saúde; perfil de morbimortalidade, limitando-se aos idiomas português e inglês, delimitando-se ao período de tempo de publicação entre os anos 2011 e 2021, com ênfase de 2016 a 2021. Os resultados e as discussões das pesquisas demonstram que a adoção de novos hábitos aos pacientes como mudança no estilo de vida se faz primordial para o não agravamento de DCNT, reduzindo os riscos apresentados pelo mesmo, além de demonstrar que é imprescindível que os profissionais de enfermagem estejam aptos a realizar ações que promovam o conhecimento da população em relação ao uso de medicamentos por conta própria, visando que, ao ser utilizada de forma inadequada, ainda pode apresentar interações medicamentosas que agravem o quadro em que o paciente se encontra, como também o surgimento de outros riscos. Assim sendo, as considerações finais apresentam que é grandemente visto que DM e HAS são as principais doenças causadoras de doenças cardiovasculares (DCV), sendo importante frisar que o enfermeiro é um dos principais profissionais precursores do cuidado no que se refere ao auxílio ao indivíduo como um todo, assim sendo, apresenta o programa HIPERDIA, o qual promove ações que os orientem a fim de minimizar agravos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Automedicação. HIPERDIA. Papel do profissional de Enfermagem. Uso de medicamentos.

ABSTRACT

Self-medication is seen as a great problem for public health that happens since the beginning, being practiced by a big part of the population, mainly, with the lack of knowledge as one of the most influential factors seen. Therefore, Primary Health Care (PHC) and Family Health Strategies (FHS) are the main ways to identify such action, as they are considered as the main gateway to the Unified Health System (UHS). Through this statement, it is also seen that many of the individuals who use self-medication are elderly people who have diagnoses that chronic non-communicable diseases (NCDs), with an emphasis on Diabetes Mellitus (DM) and Arterial Hypertension Systemic (AHS), either due to the lack of access to health services, as well as the lack of knowledge about the risks offered, as mentioned before. Therefore, it has as main objective to identify which measures should be adopted as the main source for reducing the onset and increasing cases of AHS and DM, as well as analyzing how self-medication is seen as a risk factor for the general population, in addition, as specific objectives, it tries to understand which measures will be adopted by professionals, trying to alleviate the aggravation of chronic diseases; to analyze and identify factors that can be harmful to the aggravation of certain diseases; to guide hypertensive and diabetic patients about changes in lifestyle that should be adopted by them; to know which measures lead patients to use medication on their own, explaining the harm of the act. As for the methodology of the work, it is an integrative review of the descriptive type, therefore, Descriptors in Health Science (DeCs) were used, which stood out: Systemic Arterial Hypertension; Diabetes Mellitus; medication consumption habits; influential lifestyle; the role of nurses in health education; morbidity and mortality profile, limited to the Portuguese and English languages, being limited to the period of publication between the years 2011 and 2021, with emphasis from 2016 to 2021. The results and discussions of the researches demonstrate that the adoption of new habits to patients as a change in lifestyle is essential for the non-aggravation of NCDs, reducing the risks presented by it, in addition to demonstrate that it is essential that nursing professionals are able to carry out actions that promote the knowledge of the population in relation to the use of medications on their own, aiming that, when used inappropriately, can still present drug interactions that aggravate the situation in which the patient is, as well as the appearance of other risks. Therefore, the final considerations show that it is largely seen that DM and AHS are the main diseases that cause cardiovascular diseases (CVD), and it is important to emphasize that nurses are one of the main precursors of care in terms of helping individuals as a whole, therefore, it presents the HIPERDIA program, which promotes actions that guide them in order to minimize injuries.

KEYWORDS: Primary Health Care. Self-medication. HYPERDIA. Nursing professional's role. Use of drugs.

LISTAS

LISTAS DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| 1: Perfis de amostra de prevalência de automedicação relacionada aos aspectos socioeconômicos e demográficos, além da diferenciação da idade e sexo..... | 18 |
| 2: Medicamentos mais utilizados no tratamento de DM..... | 34 |
| 3: Classificação do IMC..... | 37 |
| 4: Processo de seleção de artigos para a confecção do estudo sobre o perigo da automedicação: o uso de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes na população cadastrada no HIPERDIA..... | 40 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| 1: Distribuição proporcional dos idosos que praticaram automedicação, segundo ano, variáveis sociodemográficas e condições de saúde..... | 19 |
| 2: Apresentação da anamnese ao paciente hipertenso e diabético; consulta de HIPERDIA completa realizada por profissionais de enfermagem..... | 23 |
| 3: Escore de Framingham utilizado para identificação de risco cardiovascular..... | 24 |
| 4: Classificação Hipertensão Arterial Sistêmica..... | 26 |
| 5: Passo a passo para aferição da Pressão Arterial em consultório..... | 27 |
| 6: Sinais e Sintomas sugestivos de DM (I)..... | 29 |
| 7: Sinais e Sintomas sugestivos de DM (II)..... | 30 |
| 8: Categorização dos índices glicêmicos para diagnóstico de DM..... | 30 |
| 9: Excesso de peso (IMC >25 kg/m ²) e um dos seguintes fatores de risco..... | 31 |
| 10: Lista de Medicamentos mais conhecidos utilizados para o tratamento de HAS..... | 34 |
| 11: Síntese dos artigos da revisão (I)..... | 42 |
| 12: Síntese dos artigos da revisão (II)..... | 48 |

| | |
|---|----|
| 13: Síntese dos artigos da revisão (III)..... | 51 |
| 14: Síntese dos artigos da revisão (IV)..... | 56 |

LISTAS DE SIGLAS

| | |
|-------------|---|
| AB | Atenção Básica |
| APS | Atenção Primária a Saúde |
| AVC | Acidente vascular cerebral |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| DC | Débito cardíaco |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DCV | Doenças cardiovasculares |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IC | Insuficiência cardíaca |
| IM | Interações medicamentosas |
| IMC | Índice de massa corporal |
| MEV | Mudança no Estilo de Vida |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| RVP | Resistência Vascular Periférica |
| SBC | Sociedade Brasileira de Cardiologia |
| SIAB | Sistema de Informação de Atenção Básica |
| SINAN | Sistema de Agravos e Notificação |
| SIS | Sistema de informação em saúde |
| SISHIPERDIA | Sistema de Cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

UBS

Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 DESENVOLVIMENTO | 16 |
| 2.1 Automedicação e a População Idosa..... | 16 |
| 2.2 O que é o Programa HIPERDIA?..... | 20 |
| 2.3 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus..... | 25 |
| 2.4 Como a Falta de Adesão às Unidades de Saúde influencia nos Perigos da Automedicação?..... | 30 |
| 2.5 Atuação da Enfermagem frente ao Agravo de DCNT pela Falta de Conhecimento dos Pacientes e Participação da Estratégia de Saúde da Família no HIPERDIA..... | 35 |
| 3 METODOLOGIA | 39 |
| 4 RESULTADO E DISCUSSÃO | 42 |
| 4.1 HIPERDIA: perfil dos pacientes inseridos e sua prevalência..... | 47 |
| 4.2 O Risco da Automedicação e Interação Medicamentosa: efeitos adversos evitáveis..... | 51 |
| 4.3 Papel do Enfermeiro na Educação em Saúde frente à Adesão Medicamentosa no Programa HIPERDIA..... | 55 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 61 |
| REFERÊNCIAS | 63 |
| APÊNDICE | 69 |

1 INTRODUÇÃO

É sabido que a medicação é um dos métodos mais utilizadas no combate ao tratamento de doenças, uma vez que apresenta, de forma significativa, melhorias na qualidade de vida do indivíduo, seja de forma rápida ou gradativa, porém, sendo utilizado de forma indevida pode apresentar grandes riscos à população, isso através da prática da automedicação (DOMINGUES; GALVÃO *et al.*, 2017); Logo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a automedicação é vista como a prática do uso de medicamentos para tratar doenças sem que haja o aconselhamento de um profissional qualificado que apresente, a partir dos sinais e sintomas apresentados, a melhor opção de tratamento, a fim de evitar riscos tanto ao paciente em si quanto à população em geral.

Assim, pode-se dizer que muitos fatores influenciam os indivíduos a aderirem a prática da automedicação, a exemplo de questões culturais, bem como financeiras. Souza *et al.* (2011) trazem que o alívio – principalmente da dor – foi um dos principais fatores influenciadores para tal prática, uma vez que alguma afecção ou sintoma já havendo sido tratado anteriormente faz, de certa forma, com que as pessoas acreditem que a mesma medicação pode vir tratar “todos os problemas” apresentados, porém, não sabendo que pode ser fator de grande influência para o surgimento de outras doenças e agravos das já pré-existentes, como exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), e também outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Pacientes portadores de HAS e DM são grande alvos da automedicação, mesmo sendo assistidos por um programa criado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, o HIPERDIA, que tem o intuito de acompanhar e monitorar pacientes portadores de hipertensão e diabetes de acordo com a faixa etária, o sexo e disponibilizando a dispensação gratuita de medicamentos como anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, acompanhamento da Pressão Arterial (PA) e DM para possível controle (SOUZA *et al.*, 2014). No entanto, nota-se que grande parte dos pacientes cadastrados faz o uso dos medicamentos disponibilizados por conta própria, pois, não tem conhecimento suficiente e adequado do programa, o que dificulta o acesso

dos mesmos às Estratégias de Saúde da Família (ESF), tudo isso fazendo com que a automedicação prevaleça e os agravos à saúde aumentem ao decorrer do tratamento das doenças citadas.

A HAS e DM são doenças consideradas crônicas e que têm tido um avanço crescente ao decorrer do tempo, causando, de certa forma, prejuízos às pessoas que são portadoras, visto que podem causar debilitação em parte dos casos. No entanto, é sabido que, com o passar dos anos, algumas doenças, de certa forma, se tornam difícil de controlar e, mesmo diante de muitos meios de prevenção, tendem a ser complexos, porém, há algumas medidas a serem tomadas para evitar o surgimento e agravamento dessas doenças, sejam por fatores intrínsecos ou extrínsecos, como as mudanças no estilo de vida, o que, para muitos, é difícil de controlar.

No entanto, a partir do exposto, cabe identificar e conhecer de que forma a automedicação interfere no agravo da HAS e DM e de que forma o profissional de enfermagem pode auxiliar no controle das mesmas a partir da adoção de medidas profiláticas? Assim, o presente trabalho tem como principal objetivo identificar quais medidas devem ser adotadas como fonte principal para diminuição do surgimento e aumento de casos da HAS e DM, bem como analisar como a automedicação é vista como fator de risco à população em geral, além disso, como objetivos específicos, busca compreender quais medidas serão adotadas pelos profissionais, tentando amenizar o agravo de doenças crônicas; analisar e identificar fatores que podem ser prejudiciais para o agravo de determinadas doenças; orientar hipertensos e diabéticos a respeito das mudanças no estilo de vida que devem ser adotados pelos mesmos; conhecer quais medidas levam os pacientes a realizarem uso de medicamentos por conta própria, explicando os malefícios do ato.

Logo, diante do que está sendo problematizado e dos objetivos mencionados, é importante frisar que é necessário que haja um tipo de metodologia específico, neste caso, realizou-se uma revisão integrativa descritiva, por ser um dos métodos mais utilizados para pesquisas relacionadas ao âmbito da saúde, principalmente, devido aos seus resultados; por conseguinte, em relação ao nível de conhecimento da pesquisa, é de forma descritiva, pois pretende descrever os problemas encontrados no programa HIPERDIA em relação ao uso dos fármacos supracitados (anti-hipertensivos e hipoglicemiantes). Neste íterim, para Gil (2002), este tipo de pesquisa tem como principal objetivo descrever as características de uma população

ou de algo que possa vir a ocorrer, logo, ainda há diversos outros estudos relacionados a esta pesquisa, sendo muito significativo também o uso de algumas técnicas já com padrões específicos que buscam trazer coleta de dados com questionários e observações.

Para tanto, a pesquisa fará a relação dos problemas encontrados no HIPERDIA, bem como subsidiar ações que buscarão o aprimoramento do programa em foco, o qual já apresenta através de artigos científicos relevâncias acerca do tema proposto, sendo de grande valia para o aprendizado pessoal e profissional, uma vez que visa mostrar aos leitores como pacientes portadores de HAS e DM como estas podem ser prejudiciais à saúde, assim, buscam-se alternativas que sejam capazes de incentivar e conhecer de que forma os grupos de risco – idosos – podem enfrentar situações sem precisar agir por conta própria, preconizando ações educativas em saúde que visem, de certa maneira, aumentar o grau de interação entre profissional e paciente de modo didático e de fácil compreensão, uma vez que busca promover melhorias que possam diminuir o problema da automedicação.

De tal forma, é importante explicar aos mesmos através destas ações a importância da busca de melhorias e informações através de profissionais de saúde que sejam capacitados e estejam aptos a auxiliá-los nas dúvidas e na busca por atendimento, orientando e salientando a importância de ir frequentemente às ESF no período correto para as renovações de receituários e avaliação do estado de saúde, logo, este trabalho visa, de forma mais explícita, a redução de casos de HAS e DM, bem como as demais complicações que podem vir a surgir mediante as comorbidades prévias.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Automedicação e a População Idosa

O primeiro capítulo do trabalho tem como principal objetivo mostrar aos leitores o que vem ser a automedicação, como ela está inserida no contexto social e de que forma as pessoas vêm utilizando tal método como fonte de melhoria, logo, explicando, de forma breve, determinados conceitos que estejam diretamente focados na população idosa, todavia, é de grande valia ressaltar que a prática da automedicação é um acontecimento de longos anos e não tem sido praticado apenas na atualidade, uma vez que, sempre ao buscar “melhorias” para a saúde, as pessoas leigas se automedicavam, não pensando na gravidade (LOPES, 2011).

Assim, vale frisar que a automedicação tem sido uma ação “realizada” por grande parte da população nos últimos anos, no entanto, é certo que grande maioria dos usuários acaba fazendo o uso de medicamentos de forma inadequada por não ter conhecimento suficiente acerca do assunto, não observando os riscos que a mesma pode oferecer para a saúde, sendo grande influenciador prejudicial à saúde do indivíduo no ser como um todo, bem como em partes, incluindo familiares e amigos. Logo, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 1998), a automedicação é compreendida, de fato, como o uso de medicamentos sem supervisão, orientação ou prescrição de médico ou cirurgião-dentista, pois, estes são regidos pelos conselhos nacionais e federais de saúde como responsáveis por prescrições medicamentosas.

Dias *et al.* (2017) trazem que o ato da automedicação oferece riscos não só para quem pratica e a comunidade, mas também aos serviços de saúde, uma vez que a população não possui conhecimento do que está sendo ocorrido e determinadas ações podem ser prejudiciais à saúde de grande forma, visto que, diante dos problemas que podem vir a ocorrer aos usuários devido à inadequação do uso, os quais vão em busca dos serviços de saúde. É sabido, ainda, que, devido

à grande maioria fazer uso de forma inadequada, os riscos se tornam ainda maiores, devendo levar em consideração que a medicação, dose e intervalo não sendo realizados corretos só irão causar maiores malefícios, dentre eles, o desmascaramento de sintomas, isto devido a não utilizar o medicamento correto para a situação apresentada, pois, nem sempre a mesma droga tratará todas “as dores”, além de fazer com que haja diagnósticos tardios, de aumentar a chance de haver uma resistência do patógeno, dentre outros.

Ainda há estudos que mostram que, com a idade mais avançada, o consumo de drogas se torna maior, principalmente, quando está relacionado às pequenas cidades, ou seja, interiores, em que há uma menor facilidade de acesso aos serviços de saúde, logo, conforme há o crescimento do número de idosos, há uma igualdade no uso de medicamentos, toda essa possibilidade está interligada às doenças crônicas que tendem a surgir com a idade, isto é, quanto mais velho for, maior a chance de se adquirir (OLIVEIRA, 2012).

Nesta perspectiva, é certo afirmar que a população idosa tende a correr maiores riscos ao praticar a automedicação, uma vez que as alterações fisiológicas do envelhecimento tendem a alterar o efeito de certos medicamentos devido à mudança no organismo, deixando a população idosa mais vulnerável e a droga ineficaz ao tratamento exigido, como, também, pode-se dizer que a idade é um fator de grande influência no aumento das doenças crônicas, tudo isso faz com que o idoso tenha maior necessidade de utilização de medicamentos, já promovendo maior chances de ineficácia, até pelo fato de, muitas vezes, encontrarem-se sozinhos (BARROSO, 2015).

Por sua vez, ao se falar em malefícios que envolvem a população idosa, Merck (2002) aponta que, durante o processo de envelhecimento, o organismo do indivíduo começa a ter uma diminuição da quantidade de água, de tal forma, por grande parte de as medicações serem dissolvidas em água, sua dissolução se torna mais dificultosa, uma vez que os rins também se tornam menos capazes de excretar as drogas através da urina, bem como a metabolização pelo fígado também se torna menos eficaz. Sendo assim, pode-se afirmar que há uma maior dificuldade em relação ao uso de medicamentos pelo idoso do que pela população jovem, devido a esses fatores serem mais benéficos com prescrições com doses menores tanto em quantidade quanto em repetição de horários.

Para tanto, levando em consideração quais os fatores que levam os indivíduos a fazerem o uso da medicação por conta própria, inclui-se, necessariamente, a falta de conhecimento dos riscos que podem ser oferecidos, ou seja, os malefícios da automedicação, bem como a inacessibilidade aos serviços de saúde, seja por falta de orientação dos profissionais, bem como a falta de interesse dos pacientes em ir às ESF buscar informações. Também vale ressaltar que, em grande maioria, há facilidade na dispensação de medicamentos em determinados locais sem necessidade de apresentação de receita médica, tudo isso que acaba facilitando o acesso da população a estes (MATOS *et al.*, 2018).

| Variável | Prevalência de automedicação | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|------|-----------|--------------|-----------|
| | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | Centro-Oeste | |
| | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Feminino | 19,2 | 15,9–23,0 | 27,5 | 25,1–30,0 | 15,3 | 13,0–18,0 | 13,1 | 11,6–14,8 | 22,9 | 20,3–25,6 |
| Masculino | 16,3 | 13,4–19,6 | 19,6 | 16,9–22,6 | 9,9 | 7,8–12,4 | 9,5 | 8,1–11,2 | 15,5 | 13,1–18,4 |
| Faixa etária (anos) | | | | | | | | | | |
| 0-9 | 10,9 | 8,1–14,5 | 11,9 | 9,2–15,2 | 2,5 | 1,4–4,3 | 3,6 | 2,3–5,6 | 8,7 | 6,5–11,5 |
| 10-19 | 15,5 | 10,8–21,7 | 19,6 | 15,6–24,3 | 9,3 | 6,7–12,8 | 5,6 | 3,7–8,2 | 17,0 | 12,6–22,7 |
| 20-39 | 23,1 | 19,5–27,0 | 31,2 | 27,5–35,2 | 17,4 | 14,4–20,9 | 15,1 | 12,8–17,8 | 24,3 | 20,9–28,0 |
| 40-59 | 18,9 | 15,4–22,9 | 25,6 | 23,1–28,3 | 14,8 | 12,3–17,7 | 13,8 | 12,0–15,8 | 20,0 | 17,7–22,5 |
| ≥ 50 | 14,3 | 11,9–17,1 | 21,4 | 18,8–24,2 | 11,3 | 9,3–13,7 | 11,9 | 10,0–14,1 | 19,6 | 16,9–22,6 |
| Escolaridade (anos) | | | | | | | | | | |
| 0-8 | 17,3 | 14,3–20,7 | 21,8 | 19,6–24,3 | 11,0 | 9,2–13,0 | 10,5 | 9,1–12,1 | 18,0 | 15,8–20,5 |
| 9-11 | 19,9 | 16,1–24,3 | 29,4 | 23,7–31,4 | 16,0 | 13,2–19,4 | 13,1 | 11,0–15,6 | 20,5 | 17,9–23,3 |
| ≥ 12 | 16,1 | 10,9–23,2 | 32,9 | 28,1–38,2 | 16,1 | 12,1–21,0 | 13,5 | 10,4–17,4 | 22,7 | 18,2–28,0 |
| Classificação econômica ^b | | | | | | | | | | |
| A/B | 17,7 | 13,1–23,5 | 26,6 | 20,8–32,6 | 15,0 | 12,1–18,6 | 12,2 | 10,3–14,4 | 20,5 | 17,2–24,3 |
| C | 18,8 | 15,6–22,5 | 24,5 | 21,9–27,4 | 12,6 | 10,5–15,0 | 11,3 | 9,7–13,1 | 19,0 | 17,0–21,2 |
| D/E | 15,7 | 12,5–19,6 | 22,2 | 19,7–24,9 | 10,1 | 7,7–13,1 | 10,2 | 7,5–13,7 | 18,0 | 14,5–22,0 |

Figura 1: Perfis de amostra de prevalência de automedicação relacionada aos aspectos socioeconômicos e demográficos, além da diferenciação da idade e sexo.

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica do Brasil 2013 - Disponível em: www.abep.org

Nesta perspectiva, ao observar a tabela acima, expressa na Figura 1, nota-se que ela mostra o índice da prática da automedicação dividida por regiões, sexo, idade, grau de escolaridade e classe econômica, logo, é notório que há uma maior prevalência no sexo feminino e com idade entre 20 e 39 anos. Além disso, é perceptível que as regiões Nordeste e Centro-Oeste estão no patamar, havendo uma maior distribuição de números em porcentagem em relação às outras regiões (ARRAIS *et al.*, 2016).

No quadro abaixo, é evidenciado também o índice de automedicação maior no sexo feminino, mas que não é somente neste sexo, ainda, com idades a partir de 60 anos (SECOLI *et al.*, 2018).

| Variáveis sociodemográficas e de condições de saúde | 2006 % (IC95%) | 2010% (IC 95%) |
|---|---------------------|---------------------|
| Sexo* | | |
| Masculino | 37,7 (31,5 – 44,4) | 17,8 (12,9 – 24,2) |
| Feminino | 45,0 (40,2 – 49,9) | 18,5 (15,2 – 22,3) |
| Idade (anos)** | | |
| 60 a 74 | 44,0 (38,9 – 49,3) | 15,8 (12,0 – 20,3) |
| 75 ou mais | 37,3 (31,7 – 43,2) | 21,8 (17,5 – 26,8) |
| Escolaridade (anos) *** | | |
| 8 ou mais | 34,7 (28,1 – 41,9) | 18,2 (12,0 – 26,7) |
| 4 a 7 | 39,5 (33,8 – 45,6) | 18,0 (13,1 – 24,1) |
| 1 a 3 | 44,6 (40,3 – 53,0) | 17,6 (13,7 – 22,4) |
| Nenhum | 47,5 (39,3 – 55,8) | 18,8 (14,7 – 26,2) |
| Renda (SM) | | |
| Sem renda | 37,4 (25,6 – 50,9) | 15,6 (6,9 – 31,8) |
| Menor que um | 44,2 (36,9 – 51,8) | 15,9 (11,3 – 21,9) |
| 1,0 a 2,99 | 45,3 (39,3 – 51,4) | 17,5 (12,5 – 24,0) |
| 3,0 a 4,99 | 40,2 (32,6 – 48,3) | 14,9 (9,3 – 22,9) |
| 5,0 ou mais | 36,6 (28,1 – 46,0) | 20,8 (12,8 – 32,1) |
| Arranjo familiar | | |
| Vive sozinho | 43,2 (34,7 – 52,1) | 19,4 (13,6 – 27,0) |
| Acompanhado | 42,3 (37,7 – 46,9) | 18,8 (14,5 – 22,0) |
| Plano de Saúde * | | |
| Público | 46,2 (40,6 – 51,8) | 17,3 (13,4 – 22,1) |
| Privado | 37,7 (32,7 – 43,1) | 19,2 (15,2 – 23,9) |
| Consulta médica * | | |
| Não | 50,8 (38,7 – 62,8) | 27,0 (18,6 – 37,6) |
| Sim | 41,7 (37,3 – 46,2) | 17,3 (14,3 – 20,9) |
| Número de medicamentos | | |
| 1 a 4 | 39,3 (33,9 – 45,0) | 14,6 (10,5 – 19,9) |
| 5 ou mais | 48,4 (43,3 – 53,4) | 21,5 (17,8 – 25,6) |
| Autopercepção de saúde | | |
| Muito boa/Boa | 40,0 (33,8 – 46,7) | 16,5 (12,5 – 21,5) |
| Regular | 44,6 (38,9 – 50,3) | 19,3 (15,7 – 23,4) |
| Ruim/ Muito ruim | 42,1 (33,0 – 51,8) | 23,5 (14,0 – 36,6) |
| Número de doenças | | |
| Nenhuma | 50,7 (40,0 – 61,3) | 18,1 (10,6 – 29,2) |
| 1 | 38,5 (31,4 – 46,1) | 19,2 (13,4 – 26,8) |
| 2 e mais | 42,3 (37,3 – 47,4) | 17,9 (14,4 – 21,9) |
| Hipertensão | | |
| Não | 42,4 (36,3 – 48,8) | 16,3 (11,6 – 22,5) |

| | | |
|---|--------------------|--------------------|
| Sim | 42,3 (37,3 – 47,3) | 18,9 (15,4 – 23,0) |
| Diabetes | | |
| Não | 42,8 (37,7 – 48,2) | 18,5 (14,7 – 22,9) |
| Sim | 41,2 (35,5 – 47,1) | 17,5 (12,7 – 23,6) |
| Doença pulmonar * | | |
| Não | 41,2 (36,6 – 46,0) | 18,1 (14,9 – 21,8) |
| Sim | 51,2 (42,3 – 59,9) | 19,3 (11,5 – 30,6) |
| Doença cardíaca | | |
| Não | 42,5 (37,3 – 47,8) | 19,7 (15,7 – 24,4) |
| Sim | 42,3 (35,2 – 49,7) | 14,4 (10,0 – 20,3) |
| Doença Cerebrovascular | | |
| Não | 43,0 (38,7 – 47,4) | 17,9 (14,7 – 21,6) |
| Sim | 34,8 (24,5 – 46,7) | 21,9 (13,8 – 32,8) |
| Doença Osteoarticular | | |
| Não | 42,7 (37,5 – 48,0) | 16,8 (13,4 – 20,8) |
| Sim | 41,8 (36,7 – 46,9) | 20,5 (16,6 – 25,1) |
| Falta de ar* | | |
| Não | 41,8 (37,4 – 46,3) | 17,2 (13,9 – 21,9) |
| Sim | 46,4 (36,9 – 56,1) | 24,1 (18,6 – 30,7) |
| Vertigem ou tontura persistente* | | |
| Não | 42,5 (37,8 – 47,3) | 16,7 (13,4 – 20,6) |
| Sim | 45,4 (36,8 – 54,4) | 23,1 (17,9 – 29,3) |
| Fadiga ou cansaço grave* | | |
| Não | 42,0 (36,8 – 47,3) | 15,4 (12,3 – 19,2) |
| Sim | 47,2 (38,5 – 56,0) | 25,1 (19,8 – 31,2) |
| Náusea persistente ou vômito* | | |
| Não | 41,4 (36,9 – 46,1) | 17,7 (14,7 – 21,2) |
| Sim | 52,7 (41,7 – 63,5) | 27,5 (18,9 – 38,2) |

Quadro 1: Distribuição proporcional dos idosos que praticaram automedicação, segundo ano, variáveis sociodemográficas e condições de saúde.

Fonte: Adaptado pela autora de Estudo SABE, São Paulo (2006 e 2010).

2.2 O que é o Programa HIPERDIA?

O cuidar está voltado às práticas essenciais para a saúde da população, sendo necessária à sua participação em todos os campos de atenção, seja ela primária, secundária ou terciária. De tal forma, é considerado ainda de grande importância para a saúde coletiva. Logo, Anéias & Ayres (2011) relatam que este deve ser baseado na instrumentalidade, dando grande atenção a intervenções e assistências, principalmente, no que tange aos serviços de saúde frente às relações com seus usuários.

Para tanto, ao se falar em cuidado, cabe salientar acerca dos programas que são ofertados como fonte de auxílio para proteção, prevenção e promoção à saúde. Neste ínterim, é sabido que pessoas diagnosticadas com doenças crônicas como HAS e DM precisam ser acompanhadas por profissionais capacitados a auxiliá-los durante alguns processos, nisto, foi criado um programa do governo, o qual objetiva realizar e promover melhorias à saúde dos mesmos.

De tal forma, Vicava *et al.* (2013) apontam, de forma significativa, que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem evoluído ao longo dos anos, mais precisamente nos últimos 30 , tudo isso sendo relacionado às mudanças governamentais que também são relacionadas aos recursos humanos, auxiliando na disponibilidade de profissionais da área da saúde, e mais especificamente nas redes de Atenção Primária à Saúde (APS), esta que propõe o aumento de recursos na área da saúde, como demonstrar os efeitos de políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção Básica e o Programa Mais Médicos, que oferecem programas às unidades com o intuito de melhorias aos usuários.

Logo, ao se falar em programas, é importante citar o Programa para Hipertenso e diabéticos, conhecido como HIPERDIA, criado pela Portaria nº. 371/GM, em 4 de março de 2002, através do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensos e Diabéticos. Este programa busca, através da criação de metas e diretrizes, ampliar ações para prevenção, promoção, diagnósticos, tratamento e demais cuidados de DCNT, como a HAS e a DM, no entanto, busca orientá-los sobre os cuidados necessários para o tratamento da doença (SILVA *et al.*, 2012).

Ainda Souza *et al.* (2014) declaram que o intuito do programa é acompanhar e monitorar pacientes portadores de HAS e DM de acordo com faixa etária, sexo, dados socioeconômicos e outros fatores que contribuem para o histórico clínico e familiar do paciente, além de ser responsável por estar realizando a dispensação gratuita de medicamentos e acompanhamento da PA e glicemia capilar para o possível controle.

Silva *et al.* (2012) dizem, ainda, que há a necessidade do cadastramento da população em um sistema de forma informatizada, uma vez que este permitirá o acompanhamento dos mesmos em relação ao seu grau de evolução, se há melhorias ou se o quadro do paciente encontra-se em agravamento, para mais, o programa encontra-se na plataforma do DATASUS e há a necessidade de uma

tabulação de informações, as quais requerem conhecimento específico dos profissionais da saúde para acesso à plataforma mediante autorização.

Concomitantemente, é importante frisar que há diversos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), os quais são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como meios facilitadores para o acesso de informações das unidades de saúde através da coleta de dados, processamento e análise de tudo o que se é buscado conhecer, no entanto, como já citado, o SUS possui uma gama de programas, dentre os quais, há maior destaque no quesito repasse de informações e recursos, o Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA), e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Ainda assim, o processo de trabalho no HIPERDIA deve ocorrer de forma conjunta, uma vez que devem ser coletadas informações acerca dos pacientes antigos já cadastrados no programa, como também o surgimento de novos, e tais informações, na maioria dos casos, são adquiridas através do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), este que faz não apenas a investigação, mas, também, as orientações aos mesmos. No entanto, mesmo o enfermeiro sendo apto a realizar as orientações adequadas, o ACS, por ter este contato mais direto, acaba sendo o principal responsável, mantendo maior vínculo, sendo que é ainda necessário haver implementação de atividades, as quais promovam aos hipertensos e diabéticos força de vontade para manter o tratamento (SOARES *et al.*, 2011).

Ainda, ao se falar de trabalho em conjunto, é destacável que o Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) é um dos principais participantes destas ações, uma vez que se faz completo de uma equipe multiprofissional com a participação de nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, profissional de educação física, enfermeiro, dentre outros, que são considerados de grande importância na facilitação da participação dos pacientes, pois favorece o vínculo e desenvolvimento das práticas, os quais, por sua vez, promovem ações educativas em saúde que os incentivem ao decorrer do tratamento e das reuniões (SCHOEN, 2017; SOARES, 2011).

Mediante o exposto, é de grande importância que os usuários estejam adeptos a comparecerem às consultas de HIPERDIA nas ESF, uma vez que permitirá aos profissionais conhecimento acerca do seu caso, ou seja, se regrediu ou progrediu ao decorrer do tempo, logo, mediante esta consulta, será possível ter

controle dos problemas de saúde apresentados, bem como a implementação de cuidados frente a estes (BRANCO *et al.*, 2013). No entanto, foi criada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 25 de julho de 1986, a Lei 7.498, que apresenta respaldo legal à realização de consultas pela equipe de enfermagem de maneira privativa.

| CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO | |
|--|--|
| Nome: _____ Sexo: () F () M Idade: _____ Profissão: _____ Estado Civil: _____ | |
| ANTECEDENTES PESSOAIS: HAS () DM () CARDIOPATIAS () DISLIPIDEMIAS () TROMBOSE () CÂNCER () DOENÇAS RENAIIS () OUTRA? QUAL? _____ | ANTECEDENTES FAMILIARES? HAS () DM () CARDIOPATIAS () DISLIPIDEMIAS () TROMBOSE () CÂNCER () DOENÇAS RENAIIS () OUTRA? QUAL? _____ |
| FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO? QUAL? LOSARTANA () ATENOLOL () CAPTOPRIL () ENALAPRIL () HIDROCLOROTIAZIDA () GLIBENCAMIDA () GLICAZIDA () METFORMINA () Outro? Qual? _____ | O QUE VOCÊ FAZ PARA TER UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL? DORME BEM () PRATICO ATIVIDADES FÍSICAS () TENHO UMA BOA ALIMENTAÇÃO () ORGANIZO BEM MEU TEMPO () TIRO UM TEMPO PARA LAZER () |
| VOCÊ FUMA? SIM () NÃO () VOCÊ BEBE? SIM () NÃO () VOCÊ É SEDENTÁRIO? SIM () NÃO () VOCÊ SE ESTRESSA FÁCIL? SIM () NÃO () | VOCÊ COME MUITA GORDURA? SIM () NÃO () VOCÊ COME MUITA FRITURA? SIM () NÃO () VOCÊ COME VERDURAS? SIM () NÃO () VOCÊ BEBE ÁGUA DURANTE O DIA INTEIRO? QUANTOS LT? SIM () >2l NÃO () <2l |
| APÓS O USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO, VOCÊ SENTE ALGUM EFEITO COLATERAL? () SIM () NÃO | |
| CONSULTA | |
| Materiais: - Balança, papel toalha, fita métrica, estetoscópio, esfigmomanômetro, lanterna, espátula, três luvas, diapasão, martelo de reflexo, glicosímetro, tabela de Snellen, monofilamento 10g (laranja), algodão, | |

álcool 70, toalha, escore de framigaham;

Anamnese:

- Histórico pessoal e familiar, cirurgia, doença hormonal, uso de medicação, etilismo, tabagismo, exame de rotina, alimentação, atividade física, anticoncepcional, ingesta hídrica, urina, fezes, ISTs, falta de sensibilidade;

Medidas antropométricas:

- Peso e altura;
- IMC e RCQ;
- Sinais Vitais + Glicemia casual;

Exame físico:

- Avaliação da face: coloração e xantelasma;
- Olhos: mucosas, arco senil, acuidade visual com tabela de Snellen
- Boca: com lanterna e espátula avalia coloração, dentição (carie), candidíase oral
- Avaliação da tireoide: palpar para ver se tem aumento do bócio
- Ausculta cardíaca e pulmonar: 4 focos e 6 pontos
- Enchimento capilar: pele fria, pegajosa, cianose de leito ungueal, enchimento.
- MMII: palpar todos os pulsos, avaliação da coloração e integridade da pele (fria, pegajosa, cianose), edemas (teste de cacifo na face, sacral, membros), unha encravada.
- Genitálias: Presença de corrimento e Infecção do Trato Urinário (ITU).

Testes:

- Testes - Monofilamento de 10 g
- Teste da picada: unha do hálux com a agulha
- Teste com diapasão: coloca na falange proximal do polegar para ver se sente vibrar
- Reflexo de Aquileu: na tibial posterior

Quadro 2: Apresentação da anamnese ao paciente hipertenso e diabético; consulta de HIPERDIA completa realizada por profissionais de enfermagem.

Fonte: Adaptado pela autora de Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica nº 7; 29 e 35.

Não obstante, deve-se levar em consideração os riscos para doenças cardiovasculares, principalmente, na população idosa, uma vez que, devido ao envelhecimento está crescendo continuamente, os riscos cardiovasculares crescem no mesmo patamar, para tanto, é necessário buscar sempre conhecimentos acerca de meios que podem auxiliar tanto no diagnóstico prévio quanto na prevenção. Assim, o Score de Framingham se faz de grande importância, visto que avalia tal risco em, aproximadamente, 10 anos, bem como, avalia a classificação do paciente, se o mesmo está em baixo, médio ou alto risco para o desenvolvimento (FERNANDES *et al.*, 2014).

O risco cardiovascular deve ser avaliado ao decorrer da consulta, sendo assim, é preciso fazer o cálculo do score que determina o grau de cada paciente, variando entre sexo, idade, dislipidemias, estilo de vida e outros, entretanto, para o cálculo do risco cardiovascular, é preciso fazer uma soma e, a partir dos pontos em porcentagem, classifica-se em baixo (menos de 10%), médio (10% a 20%) e alto (mais de 20%), com descrição simples (COSTA, 2014). Segue abaixo tabela de risco para sexo masculino e feminino.

| PASSO 1 | | | |
|--|--------|--------|----------|
| IDADE | HOMENS | | MULHERES |
| 30-34 | -1 | | -9 |
| 35-39 | 0 | | -4 |
| 40-44 | 1 | | 0 |
| 45-49 | 2 | | 3 |
| 50-54 | 3 | | 6 |
| 55-59 | 4 | | 7 |
| 60-64 | 5 | | 8 |
| 65-69 | 6 | | 8 |
| 70-74 | 7 | | 8 |
| PASSO 2 | | | |
| LDL-C | HOMENS | | MULHERES |
| <100 | -3 | | -2 |
| 100-129 | 0 | | 0 |
| 130-159 | 0 | | 0 |
| 160-189 | 1 | | 2 |
| ≥190 | 2 | | 2 |
| PASSO 3 | | | |
| HDL-C | HOMENS | | MULHERES |
| <35 | 2 | | 2 |
| 35-44 | 1 | | 2 |
| 45-49 | 0 | | 1 |
| 50-59 | 0 | | 0 |
| ≥60 | -1 | | -3 |
| PASSO 4 | | | |
| PAS | PAD | HOMENS | MULHERES |
| <120 | <80 | 0 | -3 |
| 120-129 | 80-84 | 0 | 0 |
| 130-139 | 85-89 | 1 | 0 |
| 140-159 | 90-99 | 2 | 2 |
| ≥160 | ≥110 | 3 | 3 |
| PASSO 5 | | | |
| DIABETES | HOMENS | | MULHERES |
| SIM | 2 | | 4 |
| NÃO | 0 | | 0 |
| PASSO 6 | | | |
| FUMA | HOMENS | | MULHERES |
| SIM | 2 | | 4 |
| NÃO | 0 | | 0 |
| SOMA DOS PONTOS: IDADE + LDL + HDL + PA + DM + FUMO = _____. Obs.: Após a soma de todos os resultados, deve-se avaliar o total de pontos e verificar a porcentagem de risco de Doença do Aparelho Circulatório (DAC) em 10 anos. | | | |

Quadro 3: Escore de Framingham utilizado para identificação de risco cardiovascular.

Fonte: Adaptado pela autora de BRASIL, Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica nº 29, 2010.

2.3 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

Alguns fatores de risco são os principais causadores de doenças que acometem a população mundial, deixando-os vulneráveis ao acometimento de diversas patologias, de tal forma, podem-se citar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) como algumas das principais doenças que acometem os indivíduos, estas que são consideradas como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), causadoras de morte devido aos seus fatores de riscos, e que exigem uma atenção redobrada dos serviços básicos de saúde, ou seja, ESFs por serem a principal porta de entrada do SUS. A HAS constitui fatores que apresentam riscos para o sistema cardiovascular, visto que, a partir dela, há uma grande prevalência do surgimento de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca, bem como outras doenças cardiovasculares (DCV) (TANAKA *et al.*, 2019).

Nesta perspectiva, é importante dizer que:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA $\geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No entanto, como já citado, a mesma tem seu diagnóstico médico a partir da elevação sustentada dos valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e diastólica ≥ 90 mmHg; esta é também ocasionada pelos fatores de risco, como obesidade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, hereditariedade, e que pode levar a ocorrências como as citadas anteriormente. A HAS é ainda vista como uma doença de grande prevalência, tendo um grande número de diagnósticos voltados a todas as idades e todos os sexos (ROCHA, 2017).

De tal forma, há classificações que determinam se o paciente é pré-hipertenso, hipertenso, hipertenso grau I, II ou III, para tanto, a SBC (2016) apresenta um quadro que traz os valores considerados normais e anormais.

| CLASSIFICAÇÃO | PAS (mmHg) | PAD (mmHg) |
|-------------------------|------------|------------|
| NORMAL | ≤ 120 | ≤ 80 |
| PRÉ-HIPERTENSÃO | 121-139 | 81-89 |
| HIPERTENSÃO ESTÁGIO I | 140-159 | 90-99 |
| HIPERTENSÃO ESTÁGIO II | 160-179 | 100-109 |
| HIPERTENSÃO ESTÁGIO III | ≥ 180 | ≥ 110 |

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Quadro 4: Classificação Hipertensão Arterial Sistêmica.

Fonte: Adaptado pela autora de Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016; 7ª diretriz brasileira de HAS.

Para tanto, a realização da aferição da PA deve seguir alguns passos, os quais permitem que o resultado da mesma seja de forma eficaz e não haja alterações durante o procedimento, sendo assim, tem-se, cronologicamente, a seguinte ordem:

Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medição. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento.
2. Certificar-se de que o paciente NÃO: - Está com a bexiga cheia; - Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; - Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; - Fumou nos 30 minutos anteriores.
3. Posicionamento: - O paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; - O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro.
4. Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos, nos diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada.

Etapas para a realização da medição

1. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano;
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (ver Quadro 3);
3. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
5. Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial;
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva*;
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação*;
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo)*;
9. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação*;
10. Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff)*;
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa*;
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero*;
13. Realizar pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes. Caso julgue adequado, considere a média das medidas;
14. Medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão como referência;
15. Informar o valor de PA obtido para o paciente;
16. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a PA foi medida.

Quadro 5: Passo a passo para aferição da Pressão Arterial em consultório.

Fonte: Adaptado pela autora de Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016; 7ª Diretriz Brasileira de HAS.

Vale ressaltar, ainda, que a HAS é resultante do aumento do débito cardíaco (DC), da resistência vascular periférica (RVP) ou dos dois, é considerada como uma patologia de caráter multifatorial, para tanto, há a necessidade da equipe para

manter o seu controle. Neste ínterim, a HAS é diagnosticada após a realização da avaliação dos sinais vitais, sendo necessário que haja 3 medidas em 3 três semanas consecutivas de preferência, assim, a depender do seu resultado, se atingir a PA sistólica igual ou maior que 140 mmHg e diastólica igual ou maior que 90 mmHg, o paciente é considerado como hipertenso (BRASIL, 2013; BRUNNER; SUDDARTH, 2015). Também, dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com DAP. A HA é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 21).

Não obstante, é sabido que há alguns tipos de hipertensão reconhecidos e que, de certa forma, podem interferir em um diagnóstico mais preciso para o paciente, estes que são considerados como: hipertensão do avental branco, o qual se caracteriza pela alteração da PA aferida nos consultórios, mas que, durante a realização de exames como MAPA e MRPA, são detectadas como normais. Logo, tem-se também a hipertensão mascarada que é o contrário, no consultório apresenta valores normais, enquanto nos exames há alteração. Deve-se levar em consideração que há fatores como idade, sexo, estilo de vida que modificam resultados tanto fora quanto dentro do consultório (SBC, 2016).

Já ao se falar em DM, diz-se que ela é considerada como uma doença metabólica caracterizada pela diminuição da produção de insulina pelo pâncreas, que, conseqüentemente, vai resultar na necessidade da resistência insulínica, considerada como uma doença crônica não transmissível (DCNT), que tem um alto índice de causa de morte, pois, é muito difícil de tratar mesmo com mudanças de hábitos e pode-se agravar ao longo do tempo devido a se alterar facilmente com estresse, fatores ambientais e outros (FERREIRA *et al.*, 2011).

Diante de tal caracterização, sua causa principal não está completamente entendida, mas existem diversos fatores tanto ambientais, quanto comportamentais, que aumentam as chances de desenvolver a doença. Na maioria dos casos, estima-se que o DM tipo 2 esteja relacionado com o excesso de gordura corporal, podendo ser um dos fatores que desencadeantes do DM, pois a gordura corporal pode ser propícia a um dos fatores de risco (DUNCAN *et al.*, 2012).

Assim sendo, é importante que sejam realizados exames laboratoriais, como glicemia em jejum, para verificar como estão os níveis de açúcar no sangue, visto

que a DM é uma doença assintomática, porém, que pode apresentar alguns sinais e, se o paciente é portador de DM tipo II e não se trata logo, o mesmo pode ficar insulino dependente, pois, o mesmo tende a não produzir mais insulina suficiente pelo pâncreas (BRASIL, 2006).

Entretanto, é possível afirmar que o DM tipo 2 acomete cerca de 90% dos casos de diabéticos na população, logo depois, o DM tipo 1, correspondendo cerca de 8% da população. É importante frisar, ainda a respeito do diabetes mellitus gestacional, o qual traz para a gestante e para o feto alguns riscos em saúde (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Comumente, no diabetes tipo I, há o processo de destruição das células beta. Neste caso, é imprescindível que haja a administração contínua de insulina de forma prescrita pelo médico, enquanto o DM tipo II é notável através do surgimento de sintomas, em casos mais comuns em pessoas com histórico familiar ou com excesso de peso, neste caso, a administração da insulina não ocorre de forma imediata, mas, sim, com o passar do tempo a depender do grau apresentado (BRASIL, 2013).

Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga (BRASIL, 2013, p. 31).

| Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM |
|--|
| <p>Sinais e sintomas clássicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poliúria; • Polidipsia; • Perda inexplicada de peso; • Polifagia. |
| <p>Sintomas menos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fadiga, fraqueza e letargia; • Visão turva; • Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite; |
| <p>Complicações crônicas/ doenças intercorrentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteinúria; • Neuropatia diabética; • Retinopatia diabética; • Catarata; • Doença arteriosclerótica; • Infecções de repetição. |

Quadro 6: Sinais e Sintomas sugestivos de DM (I).

Fonte: Adaptado pela autora de DUNCAN *et al.* (2012).

Nesta perspectiva, é importante que o profissional de saúde, mais precisamente o enfermeiro, esteja apto a buscar informações acerca da situação em que o paciente se encontra, realizando assistência de enfermagem e, a partir de então, aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual deve estar inteiramente ligada às formas do processo de cuidado, auxiliando o paciente a aderir mudanças no estilo de vida (MEV), além disso, ajudá-los a prevenir agravos no quadro clínico, de tal forma, para identificar se o paciente é portador ou não de diabetes mellitus, devem-se seguir uma avaliação e um monitoramento da glicemia, bem como, realizar o exame físico para auxílio no diagnóstico (BRASIL, 2013).

EXAME FÍSICO DM

Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.

Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.

Alterações de visão.

Exame da cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase.

Frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar.

Avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas.

Membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas). Leia mais sobre exame dos pés no Capítulo 5 deste Caderno.

Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de cândida albicans.

Quadro 7: Sinais e Sintomas sugestivos de DM (II).

Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº. 36 (BRASIL, 2013).

Logo, tem-se o seguinte quadro preconizado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2009):

| Categoria | Glicemia De Jejum | Ttg: Duas Horas Após 75g De Glicose | Glicemia Casual | Hemoglobina Glicada (Hba1c) |
|--------------------------------|--------------------------|--|---------------------------|------------------------------------|
| Glicemia normal | <110 | <140 | <200 | |
| Glicemia alterada | >110 e <126 | | | |
| Tolerância diminuída à glicose | | ≥ 140 e <200 | | |
| Diabetes mellitus | <126 | ≥ 200 | 200 (com sintomas - 4p's) | >6,5% |

Quadro 8: Categorização dos índices glicêmicos para diagnóstico de DM.

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009; World Health Organization (2006).

2.4 Como a Falta de Adesão às Unidades de Saúde influencia nos Perigos da Automedicação?

Diante de determinadas circunstâncias que são possíveis de observar, é sabido que há a necessidade da adoção de algumas medidas que busquem amenizar agravos que podem vir a ocorrer mediante doenças prévias, ou seja, comorbidades, como as mencionadas anteriormente; HAS e DM que são consideradas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), se não cuidadas, podem provocar maiores agravos, como outras doenças.

Logo, ao se falar de hipertensão arterial sistêmica (HAS) é certo dizer que a mesma tem seu diagnóstico médico a partir da elevação sustentada dos valores de pressão arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg e diastólica ≥ 90 mmHg. Vale ressaltar ainda a respeito da HAS que a mesma é também ocasionada por diversos fatores de risco e que pode levar a ocorrências como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca (IC), bem como outras. A HAS é ainda vista como uma doença de grande prevalência, tendo um grande número de diagnósticos voltados a todas as idades e todos os sexos; no entanto, para seu diagnóstico, deve ser realizada a medição da pressão arterial (PA), no mínimo, duas vezes para se ter uma eficácia, conhecer em qual grau está o paciente e dar início ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não (ROCHA, 2017).

Para tanto, deve-se observar alguns fatores de risco, os quais, de certa forma, se tornam prejudiciais para o agravo destas. No caso da DM, é importante frisar que tanto fatores pessoais quanto familiares interligam-se entre si e podem, de certa maneira, gerar grandes malefícios entre a população assistida, assim, dentre estes, dá-se ênfase mais precisamente nos seguintes:

Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial ($>140/90$ mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (hipertrigliceridemia (>250 mg/dL));
- Exame prévio de HbA1c $\geq 5,7\%$, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;

- Obesidade severa, acanthosis nigricans;
- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física;
- Idade \geq 45 anos;
- Risco cardiovascular moderado

Quadro 9: Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco.

Fonte: American Diabetes Association (2013).

Logo, diante de tal quadro, vê-se que as causas da diabetes envolvem praticamente os mesmos da HAS, dentre estes, o estilo de vida inadequado, inclusive, no que tange à alimentação inadequada e ao uso de bebidas alcoólicas, visto que ambos apresentam um alto teor de açúcar e lipídios, o que no organismo gera um aumento da glicose. O fato de o paciente ser fumante e ter excesso de peso provoca resistência à insulina, sendo tanto um determinante, quanto um agravante no caso da DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Nesta perspectiva, Brasil (2013) deixa explícito que é de responsabilidade de o enfermeiro da UBS estar sempre atento aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, realizando rastreamento e encaminhamento para o serviço médico ao observar necessidade de um diagnóstico. Realiza-se, entretanto, uma consulta, na qual conhece-se a história completa do cliente, exame físico, sinais vitais, cálculo de IMC, solicitação de exames laboratoriais específicos, dentre outros que permitem que o profissional responsável haja com medida profilática ou terapêutica.

Não obstante, há ainda as formas de tratamento que devem ser adotadas por cada paciente, seja esta a partir da MEV, como também por medidas farmacológicas, diante disso, vale ressaltar que, se não realizada de forma adequada, poderá vir a desencadear o surgimento de diversas outras patologias e já o agravo destas, visto que, mesmo diante de um tratamento farmacológico, a pessoa já esteja apresentando um resultado satisfatório, deve-se atentar-se, ainda, a sua continuidade e aos riscos, avaliando sequencialmente a sua estratificação de risco (BRASIL, 2013).

Outrossim, vale ressaltar que diversos são os fatores que tendem a ser prejudiciais para o agravo destas patologias: idade – sendo mais susceptível a idosos; sexo e etnia – sendo maior em mulheres e negros; excesso de peso e obesidade – em pessoas com IMC >25 kg/m²; ingestão de sal – ao excesso do consumo de sódio; etilismo e tabagismo – pois o uso de bebidas alcoólicas tendem a

aumentar a PA; sedentarismo – apresenta resultados significativos em relação a pessoas que não são ativas; fatores socioeconômicos – pessoas com baixa escolaridade apresentam autorreferição de forma inadequada; hereditariedade – apresenta forte impacto na miscigenação (7ª Diretriz da HAS).

De tal forma, para se tratar tanto a HAS quanto a DM, é importante que o paciente esteja adepto a mudanças, uma vez que é necessário adotar hábitos saudáveis, como a realização da prática de exercícios físicos, alimentação balanceada que não seja rica em gorduras e carboidratos, na maioria dos casos, sendo necessário acompanhamento com nutricionista, evitar uso de bebidas alcoólicas e fumo, logo, devendo seguir uma continuidade nessas mudanças a fim de promover sempre o cuidado, reduzindo o risco de agravos para o surgimento de DNCTs (SMELTEZER; BARE, 2009).

Assim, diante das problemáticas discorridas acima, observa-se a importância do programa HIPERDIA. Esse, de acordo com Filha, Nogueira e Viana (2011), é um programa de saúde público destinado ao cadastramento de indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes, visando um controle no número de casos de ambas as doenças e, do mesmo modo, ter uma fonte de informações referentes aos determinantes e condicionantes, podendo, dessa maneira, minimizá-los. Sendo assim, é uma forma de mapeamento mais específica, o que facilita, também, para o controle das patologias, pois potencializa a atenção para com esses pacientes, visto que possibilita o acompanhamento da progressão do estado de saúde dos cidadãos cadastrados, permitindo uma melhor distribuição de fármacos e a criação e aplicação de ações de intervenção mais eficazes.

Como consta em Nascimento *et al.* (2017), o programa busca não só captar os portadores das doenças e proporcionar o tratamento e a recuperação, mas fazer a busca ativa também no sentido da prevenção, traçando populações de risco a fim de garantir o não adoecimento, garantindo, através de ações educativas que visem a conscientização da comunidade, uma diminuição no número de portadores de ambas as patologias.

Diante disso, observa-se que apenas a MEV não se faz suficiente para a resolução dos problemas, sendo necessária a adesão de um tratamento farmacológico, neste caso, é imprescindível que se realize uma avaliação do paciente para avaliar se o mesmo apresenta comorbidades prévias, alergias aos medicamentos que serão utilizados ou a algum dos seus componentes, logo, ao se

falar das drogas anti-hipertensivas, pode-se dizer que são várias as existentes, porém, como já citado, o uso destas estará de acordo com a necessidade de cada paciente e grau de intensidade da patologia, o tratamento, então, se torna também lento, por envolver estes quesitos de mudanças no estilo de vida e adesão aos tratamentos (ALVES, CALIXTO, 2012; ASSIS, 2015), seguindo as seguintes classes:

| Classes anti-hipertensivas orais e seus principais exemplos | |
|--|--|
| Diuréticos: Tiazídicos De alça Poupadores de potássio | Clortalidona, hidroclorotiazida, indapamina Furosemida Amilorida, espironolactona |
| Beta-Bloqueadores (BB) | Atenolol, metropolol, propranolol |
| Beta-alfa-bloqueadores | Carvedilol, labetalol |
| Bloqueadores de canais de cálcio | Anlodipina, nifedipina, diltiazem, verapamil |
| Inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA) | Captopril, enalapril, lisinopril |
| Bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) | Losartana, valsartana |
| Alfa-bloqueadores | Prazosina, doxazosina |
| Simpaticolíticos centrais | Clonidina, metildopa, reserpina |
| Vasodiladores diretos | Hidralazina, minoxidil |

Quadro 10: Lista de Medicamentos mais conhecidos utilizados para o tratamento de HAS.

Fonte: Adaptado pela autora de Goldman e Ausiello (2009, p. 516-517).

| FÁRMACO | PERFIL E MECANISMO DE AÇÃO |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Inibidor de SGLT2: dapagliflozina (Forxiga®) e empaglifozina (Jardiance®) | Impede a reabsorção de glicose renal através da inibição das proteínas SGLT2. Potencial intermediário de redução da A1C (0,8 – 1,4%, dependendo do valor basal de A1C). Baixo risco de hipoglicemia. Perda de peso (2-3 kg) e redução da pressão arterial sistólica (4-6 mmHg). Risco aumentado de infecções genitais e do trato urinário. |
| <ul style="list-style-type: none"> • acarbose (Glucobay®, Aglucose®) | Retarda a absorção intestinal de glicose. Baixo potencial de redução da A1C (0,5 – 0,8%). Intolerância gastrointestinal. Eficácia associada ao uso pré-prandial para prevenção da hiperglicemia pós-prandial. |
| <ul style="list-style-type: none"> • metformina (Glifage®, outros) | Combate a resistência à insulina, reduzindo primariamente a produção hepática de glicose. Alto potencial de redução da A1C (1% a 2%). Intolerância gastrointestinal. Não causa hipoglicemia. Pode promover discreta perda de peso. Contraindicada na disfunção renal, hepática, pulmonar ou cardíaca, bem como no pré e no pós-operatório e em pacientes submetidos a exames de imagem com contraste. |
| <ul style="list-style-type: none"> • pioglitazona (Actos®, Piotaz®, Pioglit® e Stanglit®) | Combate primariamente a resistência à insulina, aumentando a sensibilidade do músculo, tecido gorduroso e fígado à ação da insulina. Potencial intermediário de redução de A1C (0,5 – 1,4%). Pode promover ganho de peso e retenção hídrica, aumentando o risco de insuficiência cardíaca. Também pode aumentar o risco de fraturas. Promove redução do risco cardiovascular. |
| <ul style="list-style-type: none"> • sulfonilureias - clorpropamida (Diabinese®) - gliclazida (Diamicron MR®) - glibenclamida (Daonil®) - glimepirida (Amaryl®) - outros | Estimulam a produção endógena de insulina pelas células beta do pâncreas, com duração de ação de média a prolongada (8-24 horas). Úteis para o controle da glicemia de jejum e da glicemia de 24 horas. Alto potencial de redução de A1C (1% a 2%). Podem causar hipoglicemia. Clorpropamida e glibenclamida apresentam maior risco de hipoglicemia. Também tem sido relatada perda do condicionamento isquêmico notadamente com a glibenclamida. Uma alegada ação deletéria em células beta humanas ainda não está estabelecida. A gliclazida teve sua segurança cardiovascular comprovada pelo estudo ADVANCE. ¹² |
| <ul style="list-style-type: none"> • glinidas - repaglinida (Posprand®, Prandin®) - nateglinida (Starlix®) | Estimulam a produção endógena de insulina pelas células beta do pâncreas, com duração rápida de ação (1-3 horas). Úteis para o controle da hiperglicemia pós-prandial. Potencial intermediário de redução de A1C (0,5 – 1,0%). Podem promover aumento de peso, hipoglicemia e redução do condicionamento isquêmico. A repaglinida é mais potente que a nateglinida. |
| <ul style="list-style-type: none"> • incretinomiméticos: √ inibidores da DPP-4 - vildagliptina (Galvus®) - sitagliptina (Januvia®) - saxagliptina (Onglyza®) - linagliptina (Trayenta®) √ agonistas do receptor de GLP1: - exenatida (Byetta®) - liraglutida (Victoza®) | Esta é uma classe terapêutica cujo mecanismo inclui o estímulo das células beta, de forma dependente de glicemia, para aumentar a síntese de insulina e, também, o efeito redutor sobre a ação das células alfa do pâncreas, reduzindo a produção de glucagon, ambas ações de forma dependente da glicemia. Potencial médio de redução da A1C (0,5 – 0,8%, dependendo do valor basal de A1C). Não causam hipoglicemia. Intolerância gastrointestinal. Perda de peso. Retardo no esvaziamento gástrico observado principalmente com os agonistas do receptor do GLP1 de curta ação. Os inibidores da DPP-4 são para uso oral e os agonistas do receptor de GLP1 são injetáveis. |

Figura 2: Medicamentos mais utilizados no tratamento de DM.

Fonte: Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo SBD 2015.

Mesmo diante dos medicamentos passados a serem utilizados, é importante saber que não apenas é necessária a orientação do profissional, mas, sim, do cliente, visto que:

[...] a adesão ao tratamento trata-se de um processo complexo, pois, não depende somente da orientação do profissional e do fornecimento adequado de medicamentos, mas também do correto entendimento por parte do usuário e de seu engajamento com a terapia proposta (WEBER; OLIVIERA; COLET, p. 120, 2014).

Contudo, a prática da automedicação é vista como algo grave, pois, ao realizar o uso inadequado, seja pela falta de informação ou por acreditar que pode agir por conta própria sem ter conhecimento específico do que se trata, induz-se de grande forma na ineficácia do tratamento, bem como geram-se grandes riscos ao paciente, dentre os quais: interações medicamentosas (IM), reações alérgicas, dependência, sendo, entretanto, necessário que os profissionais busquem formas de realizarem educação em saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, orientando e auxiliando, na maioria dos casos, idosos, evitando efeitos adversos que podem até levar os portadores destas patologias ao óbito (TAVARES; MACEDO; MENDES, 2012; AMARAL; PERASSOLO, 2012).

2.5 Atuação da Enfermagem frente ao Agravo de DCNT pela Falta de Conhecimento dos Pacientes e Participação da Estratégia de Saúde da Família no HIPERDIA

Neste capítulo, será abordado a respeito da enfermagem como forma de cuidar de indivíduos portadores de DCNT, visto que, na maioria dos casos, muitos não têm conhecimento suficiente para a realização do controle das doenças, o que pode vir a ocasionar futuramente, neste sentido, agravos na saúde pública. Logo, salienta-se que o enfermeiro tem papel fundamental quando se fala em promoção, proteção e prevenção à saúde, buscando agir de forma ética e válida para o controle de doenças.

Contudo, a atenção básica (AB) é vista como a principal fonte de acesso a estes, o enfermeiro, então, deve entender que é um profissional em que uma das suas principais funções é, acima de tudo, cuidar, buscando manter uma relação favorável com a equipe de trabalho, para que, de certo modo, não se tenham empecilhos para o contato direto com a população, para tanto, manter uma boa conversa, conhecer a comunidade, família e usuário permitirá uma boa criação de vínculo, permitindo que se tenham contribuições satisfatórias (SILVA *et al.*, 2012).

Não obstante, no âmbito de alternativas para amenizar e solucionar os agravos e limites fora do valor referência do diabetes mellitus, deve-se preconizar que o profissional de saúde atue juntamente com o paciente, estimulando-o a

modificar os comportamentos diários, tornando o atendimento mais eficaz e eficiente. Um dos principais cuidados que o portador de DM deverá ter é o monitoramento contínuo dos níveis de glicose no sangue, manter sempre atenção para detectar problemas com os pés, dentre outras alterações que o profissional de saúde deve orientar o paciente a ficar sempre atento (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

Ademais, os enfermeiros possuem um papel muito importante para a melhoria da qualidade de vida e no tratamento, pois estes profissionais poderão promover diversas ações que propõem autonomia ao paciente, esta atenção aos diabéticos é de suma importância, visto que o incentivo familiar e o acolhimento humanizado é parte principal para o tratamento em pacientes portadores de DM. Além do mais, o DM é considerado uma patologia que tem grande índice para acometer os pacientes a complicações agudas e crônicas, por isso, o profissional de saúde deve estar sempre atento a estas complicações (BRASIL, 2013).

Durante a consulta médica ou de enfermagem, todas as pessoas com diagnóstico recente ou em tratamento de doenças crônicas serão submetidas ao exame físico, à avaliação antropométrica para o diagnóstico do estado nutricional e à breve anamnese dos hábitos alimentares. Conhecer os hábitos de vida e o padrão alimentar pessoal e familiar é fundamental para identificar os fatores que possam contribuir ou prejudicar o controle metabólico ou que possam, ao longo do tempo, agravar as doenças. Nesse acompanhamento, é necessário promover educação em Saúde com enfoque nos hábitos alimentares que, na maioria dos casos, se modificados, têm potencial para evitar e/ou retardar as complicações das doenças crônicas (BRASIL, 2014, p.68).

Em consonância com o trecho anterior, é importante frisar que a importância da educação em saúde se dá de forma relevante, principalmente, no que se diz respeito à Atenção Primária à Saúde (APS), que, por sua vez, neste serviço, atua como norte no serviço uma forma curativa e um serviço biomédico, visando a doença em si e não o indivíduo, logo, o profissional de saúde deve, sempre diante de toda e qualquer circunstância, orientar, além de promover ações educativas que não interfiram na autonomia do indivíduo (ROECKER *et al.*, 2013).

Partindo desse pressuposto, vale frisar que os profissionais de enfermagem são ainda responsáveis por ter a prática de agir de forma coerente com a equipe de trabalho de forma multidisciplinar, neste caso referido, tem papel fundamental na capacitação dos ACS, uma vez que estes auxiliam e realizam de forma ampla a busca ativa dos casos já cadastrados e os que ainda serão nos programas de saúde

para a realização de ações educativas que promovem conhecimento aos leigos, seja individual ou coletivamente (BEZERRA *et al.*, 2014).

Ainda assim, diante de tal, é importante frisar que a equipe de atenção básica é primordial no que diz respeito ao acompanhamento de pessoas com DCNT. Neste sentido, vê-se o quão grande é a importância da mesma, estando os profissionais aptos a identificarem quais os meios que levaram aquele paciente à forma em que se encontra, no entanto, a alimentação é, para Brasil (2014), um dos principais requisitos para o controle metabólico e a prevenção de determinadas complicações, pois, ao ser balanceada, a qualidade de vida melhorará significativamente. Essa avaliação pode ser feita através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e das medidas antropométricas, o que irá definir o diagnóstico do paciente principalmente em relação à obesidade.

| Classificação Idade | IMC (kg/m ²) | |
|---------------------------|--------------------------|-----------|
| | 18 – 60 anos | ≥60 anos |
| Baixo peso | <18,5 | ≤22 |
| Eutrofia | 18,5 – 24,99 | >22 e <27 |
| Excesso de peso/sobrepeso | 25 – 29,99 | ≥27 |
| Obesidade grau I | 30 – 34,99 | - |
| Obesidade grau II | 35 – 39,99 | - |
| Obesidade grau III | >40 | - |

Figura 3: Classificação do IMC.
Fonte: WHO, 2000; LIPSCHITZ, 1994.

Nesta perspectiva, o profissional deve conhecer e efetuar o cálculo do IMC sempre que necessário, mais precisamente, ao decorrer de cada consulta de enfermagem, assim, busca-se avaliar se há regressão ou progressão no caso do seu paciente, se o mesmo está agindo de forma correta, analisando e colocando em prática as necessidades apresentadas, ainda, cabendo ao profissional agir de forma dinâmica, interativo e buscando sempre interagir com o restante da equipe, de forma a aderir não só a educação permanente, mas, principalmente, a educação continuada, uma vez que permitirá sempre atualizações ao responsável pela equipe para que o mesmo saiba como agir diante de quaisquer circunstâncias, em relação às orientações, buscar sempre investir nestas, para que haja uma reeducação aos usuários e os mesmos entendam a importância de agir de forma correta, evitando

necessidade de hospitalização por agravos ao quadro de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Concomitantemente, no contexto da APS, surgiram as ESFs de forma a apresentar estratégias e estar sempre de portas abertas às necessidades apresentadas por cada um que ali busca atendimento, reorientando e reorganizando de acordo com o modelo assistencial que lhe é mais cabível e não fazendo com que o indivíduo perca sua autonomia de vida, focando ainda na equidade, ou seja, oferecendo mais a quem precisa de mais (CARVALHO; SILVA; RABELO, 2019).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa do tipo descritiva. Assim, para a confecção do presente estudo, se fez necessária a utilização dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCs), os quais se destacaram da seguinte maneira: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; hábitos de consumo de medicamentos; estilo de vida influenciável; papel do enfermeiro na educação em saúde; perfil de morbimortalidade, limitando-se aos idiomas em português e inglês, com delimitação ao período de tempo de publicação entre os anos 2011 e 2021, mas dando preferência ao referencial teórico entre os anos 2016 e 2021, cujas bases de dados foram: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), sendo encontrado 53 artigos; Google Acadêmico (35 artigos) e Medline/PubMed (13 artigos), totalizando em 101 artigos.

Para tanto, o processo de seleção requer especificidade, o qual visa delimitar os artigos ao mais próximo possível dos objetivos traçados para este estudo, sendo assim, se faz necessário a adoção de critérios e é a partir destes que se faz a filtração das informações coexistentes e pertinentes ao estudo em questão. Como citado anteriormente, a estratégia por meio dos critérios foi destrinchada e delimitada da seguinte maneira: delimitação de tempo entre 2016 e 2021, clareza, especificidade, objetividade do assunto, duplicidade, idioma, palavras-chave, coerência, relação direta com a temática exposta, objetivos e problemática traçados.

Tendo como base o que foi mencionado no parágrafo anterior, foram encontrados 101 artigos, os quais advêm das seguintes bases de dados: SciELO, Google Acadêmico e Medline, sendo utilizados os descritores de ciência em saúde para obter as palavras-chave e, por conseguinte, adicionar ao método dos critérios de filtração como supracitado. Para tanto, no quesito que tange à descrição da pesquisa, muitos dos conteúdos não se encaixaram de forma específica na temática a ser destrinchada, dentre os artigos analisados, 88 restaram quando foi analisado o critério de duplicidade. *A priori*, foi feita a leitura de forma abrangente dos artigos com o intuito de verificar a existência da relação prevalente entre o conteúdo explorado e a temática, sendo excluídos 35 artigos, tendo em vista que não se apresentavam de forma precisa tampouco com a íntegra da temática.

Restando 53 artigos, quando foi adotada uma análise mais criteriosa e minuciosa, a fim de identificar a veracidade do conteúdo e estreitar ainda mais as informações relevantes para o estudo, sendo excluídos 42 artigos por falta de objetividade. Sendo assim, após o processo de seleção e adoção de critérios, restaram 11 artigos, os quais foram selecionados para a confecção do presente trabalho. Para tanto, se faz necessário mencionar que a descrição do processo citado, o qual foi usado como pré-requisito para selecionar os artigos, será destrinchado de forma detalhada na figura abaixo.

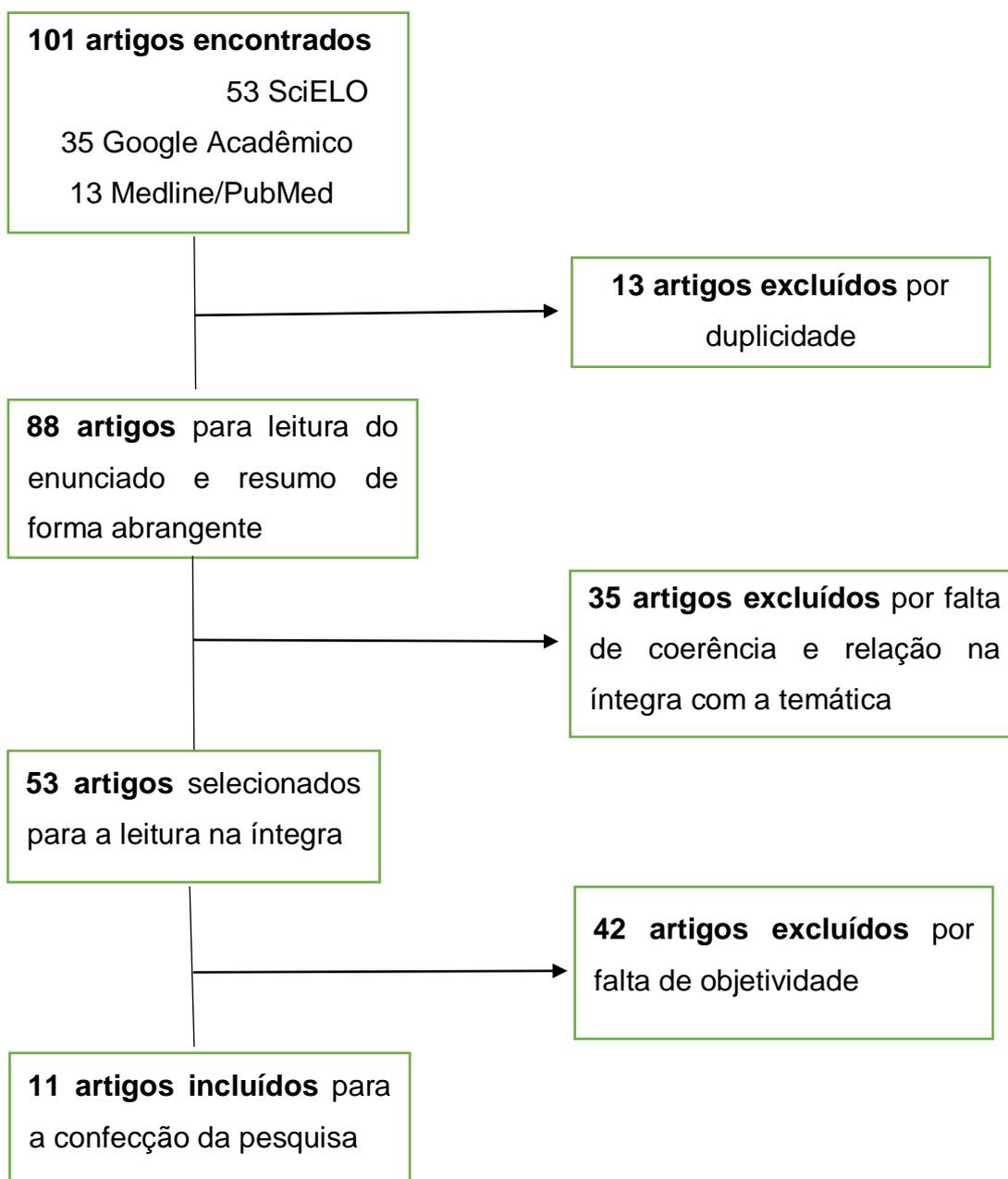


Figura 4: Processo de seleção de artigos para a confecção do estudo sobre o perigo da automedicação: o uso de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes na população cadastrada no HIPERDIA.

Fonte: Elaboração da autora, com base em Google Acadêmico, SciELO, Medline/PubMed (2021).

Para tanto, pode-se perceber com veemência que, na Figura 4 abordada anteriormente, está destrinchada de forma simplificada, a qual remete que foram excluídos 13 artigos por duplicidade, 35 artigos por falta de coerência e relação na íntegra com a temática a ser seguida e 42 artigos por falta de objetividade. Restando 11 artigos, os quais serão utilizados para o destrinchamento da abordagem, seguindo os critérios da metodologia escolhida, além do mais, essa seleção foi realizada com base em critérios e de forma minuciosa, buscando estreitar a relação entre os conteúdos disponíveis e a temática escolhida.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

O quadro a seguir consiste em demonstrar os dados analíticos com códigos, autores e anos, título, método e conclusão, tendo em vista que a seleção dos 11 artigos descritos na metodologia foi selecionada, exclusivamente, para essa etapa, pois a caracterização destes artigos é imprescindível e indispensável para a sintetização do estudo.

| Código | Autor/Ano | Título | Método | Conclusão |
|--------|-------------------------------|---|-------------------------------|--|
| A1 | Lima <i>et al.</i> , 2016 | Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com Hipertensão Arterial | Analítico | Os resultados demonstram a necessidade de mudança comportamental da clientela hipertensa com adoção de medidas de promoção da saúde, a fim de prevenir novos agravos cardiovasculares. |
| A2 | Costa <i>et al.</i> , 2020 | Avaliação da estrutura das farmácias das Unidades de Saúde da Família para o atendimento aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em Pernambuco | Avaliativo | Identificaram-se problemas na estrutura das farmácias, principalmente, na capacitação de recursos humanos e disponibilidade de insumos com poucas diferenças entre capital e interior. |
| A3 | Mota <i>et al.</i> , 2020 | Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao | Ensaio clínico não-controlado | A assistência sistematizada de enfermagem pode beneficiar pessoas |

| | | | | |
|----|------------------------------|---|---|--|
| | | tratamento da hipertensão arterial sistêmica | | diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária em saúde. Faz-se necessário o fortalecimento da utilização do processo de enfermagem e da identidade do enfermeiro no cuidado das condições crônicas |
| A4 | Bezerra <i>et al.</i> , 2020 | Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes | Pesquisa avaliativa | Foram identificadas práticas verticalizadas e pouco dialogadas pelos profissionais, bem como uma visão curativista e medicalocêntrica nos discursos dos usuários |
| A5 | Silva <i>et al.</i> , 2016 | Perfil de pacientes cadastrados no HIPERDIA: conhecendo o estilo de vida | Descritiva e explicativa com abordagem qualitativa e quantitativa | Saúde da família realiza mais ações de promoção de saúde e de incentivo à prática de atividade física, assim como melhora nos registros em prontuário. |
| A6 | Menezes <i>et al.</i> , 2020 | Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa | Estudo transversal | O método diferenciado mostrou-se eficiente como estratégia de busca ativa para novos casos de HAS em locais em que ainda existe aparente |

| | | | | |
|----|---------------------------------|--|---|--|
| | | | | subnotificação |
| A7 | Bezerra <i>et al.</i> , 2018 | Perfil epidemiológico de idosos hipertensos no Brasil: uma revisão integrativa | Revisão integrativa | As atividades do programa HIPERDIA visam estimular a mudança de hábitos da população assistida, inclusive, pensando e repensando estratégias para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, além da educação em saúde sobre as consequências decorrentes de uma pressão arterial descontrolada. |
| A8 | Alves <i>et al.</i> , 2019 | Avaliação das interações medicamentosas entre anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais | Pesquisa descritiva exploratória; estudo observacional e quantitativo | O trabalho concluiu que, quanto maior o número de medicamentos, maiores são as chances de ocorrência de Interações Medicamentosas e que a terapia medicamentosa pode ser deficiente mesmo com o uso correto. |
| A9 | Nicolau <i>et al.</i> , 2018 | Práticas de educação em saúde realizadas por enfermeiros para pacientes do programa HIPERDIA | Revisão integrativa com abordagem descritiva | De acordo com os dados coletados durante a pesquisa, notou-se que a literatura aponta uma tendência de seguir os moldes tradicionais, evidenciados no |

| | | | | |
|-----|----------------------------------|--|--|---|
| | | | | percentual de 40% com as palestras educativas. |
| A10 | Vasconcelos <i>et al.</i> , 2017 | Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos | Pesquisa bibliográfica com revisão integrativa | Conclui-se que o desenvolvimento de ações educativas voltadas à clientela hipertensa tem contribuído na qualificação do fazer profissional e no aprimoramento dos serviços de saúde, contudo, são necessárias novas estratégias educativas que sejam condizentes com a realidade dos usuários hipertensos, favorecendo a promoção da saúde e a qualidade de vida. |
| A11 | Samapaio <i>et al.</i> , 2021 | Promoção da saúde de pacientes hipertensos: uma revisão integrativa | Revisão integrativa | O profissional pode trabalhar de maneira multiprofissional para alcançar os objetivos propostos, permitindo maior objetividade e assertividade nas condutas realizadas, fazendo com que o processo de promoção da saúde de pacientes com doenças crônicas aconteça de maneira efetiva. |

Quadro 11: Síntese dos artigos da revisão (I).

Fonte: Dados da pesquisadora (produzido em 2021).

Com base nas descrições dos 11 artigos, os quais foram selecionados para o desenvolvimento do estudo, percebe-se, com clareza, que o tipo de estudos varia em sua metodologia, mas tem prevalência a revisão integrativa com quatro artigos, dos quais, um foi bibliográfico, um descritivo. Para tanto, os demais se destacaram da seguinte forma: um analítico, dois avaliativos, um ensaio clínico-não controlado, um estudo transversal, um de pesquisa descritiva exploratória, com estudo observacional e quantitativo e um de descritiva e explicativa com abordagem qualitativa e quantitativa.

A seleção das revistas dos artigos se diferem, se destacando da seguinte maneira: Rev. Saúde Pública; Trab. Educação e Saúde; Revista Multidisciplinar e de Psicologia; Revista APS; *Brazilian Journal of Health Review*; *Journal of Management & Primary Health Care*; Revista de saúde coletiva da UEFS; Cad. Saúde coletiva; Rev. Med. No quesito em que se refere à localidade da publicação, se sobressai o estado do Rio de Janeiro.

Para tanto, faz-se necessário mencionar que os anos de publicação também se diferem, tendo em vista que os artigos selecionados tiveram delimitação de tempo entre os anos de 2011 e 2021, porém, dando preferência para o intervalo de tempo entre 2016 e 2021. Sendo assim, obtiveram-se dois artigos do ano de 2016, um do ano de 2017, dois artigos no ano de 2018, um artigo referente ao ano de 2019, quatro artigos no ano de 2020 e um do ano de 2021. Pode-se observar que o ano de 2020 se sobressaiu no que se diz respeito ao interesse pela temática, a qual engloba o perigo da automedicação em pessoas cadastradas no HIPERDIA com o uso de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes.

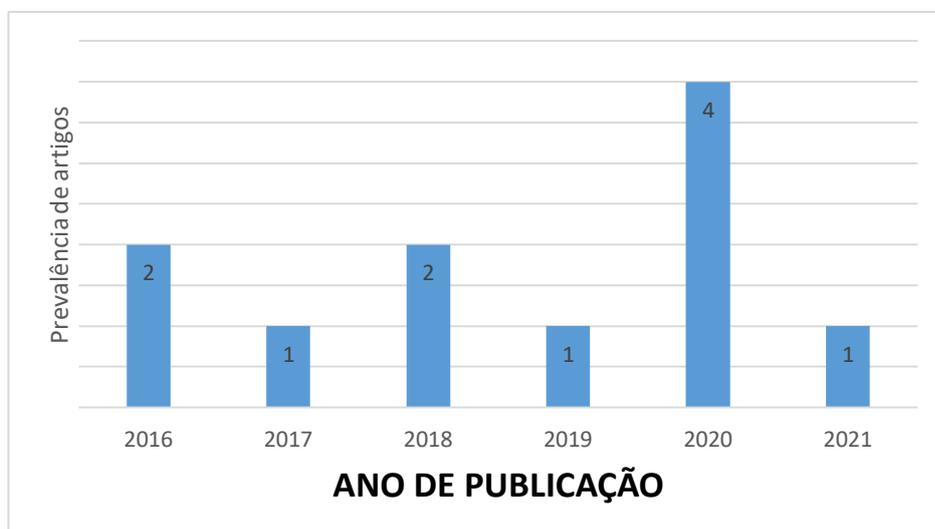


Gráfico 1: Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação.

Fonte: Dados da pesquisadora (produzido em 2021).

Dessa forma, após analisar os artigos escolhidos em sua íntegra, bem como análise dos resultados e das discussões para verificar sua veracidade e objetividade, foram traçados três capítulos, os quais visam elencar os artigos selecionados. Sendo assim, essa divisão se dará da seguinte forma: HIPERDIA: perfil dos pacientes inseridos e sua prevalência; o risco da automedicação e interação medicamentosa: efeitos adversos evitáveis; papel do enfermeiro na educação em saúde frente à adesão medicamentosa no programa HIPERDIA.

Para tanto, faz-se necessário mencionar que ao se utilizarem as palavras-chave, juntamente com os descritores, foi possível perceber que se encontram na literatura conteúdos de forma abrangente, mas, ao se fazer a delimitação, bem como analisar a objetividade de cada um e adoção dos critérios, o número de artigos disponíveis para a composição do estudo cai de forma significativa. Com base nisso, pode-se dizer que os estudos direcionados ao perigo da automedicação dos portadores de HAS e DM ainda são pouco estudados.

4.1 HIPERDIA: perfil dos pacientes inseridos e sua prevalência

Para a composição desse capítulo, foram identificados três artigos, os quais coincidem com a temática a ser desenvolvida, tendo em vista que englobam a análise do perfil dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA, bem como a prevalência. Para tanto, os artigos selecionados foram: 5, 6 e 7. Dessa forma, é válido frisar que muitos dos autores corroboram com o mesmo pensamento, porém, de forma abrangente, fazendo com que o real sentido do objetivo seja perdido no decorrer do contexto. Sendo assim, através dos artigos supracitados, será confeccionada uma análise documental (Quadro 12).

| Código | Local do estudo | Objetivo | Resultados | Conclusão |
|--------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|
| A5 | Bahia | Descrever a população | Obteve-se alta prevalência de | Concluiu-se que, entre as |

| | | | | |
|----|----------------|---|--|--|
| | | atendida pelo HIPERDIA e avaliar o conhecimento dos pacientes sobre diabetes e hipertensão arterial, verificando mudanças no estilo de vida após ingresso no programa | idosos e de sujeitos que afirmaram ter conhecimento sobre a patologia e suas complicações; 99% realizavam tratamento medicamentoso. | mulheres, o sedentarismo é menor, porém, os homens apresentaram modificações significativas nos hábitos alimentares após ingresso no programa |
| A6 | Rio de Janeiro | Determinar a prevalência de indivíduos com HAS e os níveis de conhecimento, tratamento e controle da doença, por meio de um método diferenciado de busca ativa. | A prevalência de HAS na população foi de 42,5%. A maior parte dos indivíduos hipertensos (94%) tinha conhecimento da doença, 95% deles faziam tratamento e 48% apresentavam PA controlada. Foram identificados 45 novos casos de HAS, desses, 77% foram encontrados em horário diferenciado (domingos das 10 às 16h), representando 27% dos hipertensos. | O método diferenciado mostrou-se eficiente como estratégia de busca ativa para novos casos de HAS em locais em que ainda existe aparente subnotificação. |
| A7 | São Paulo | Descrever o perfil | | O programa HIPERDIA é |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | epidemiológico de pacientes hipertensos e idosos matriculados no programa HIPERDIA e residentes em estados do Brasil | | decisivo para melhorar a qualidade de vida, pois faz a regulamentação do atendimento médico e fornece tanto controle quanto sinais para problemas que podem ocorrer dentro da população assistida e deve haver de parte da sociedade e do estado, o esforço para ampliar este programa. |
|--|--|--|--|---|

Quadro 12: Síntese dos artigos da revisão (II).

Fonte: Dados da pesquisadora (produzido em 2021).

Silva *et al.* (2016), em seu contexto, frisam que as doenças crônicas e de cunho social, as quais são consideradas problema de saúde pública se destacam como HAS e DM, tendo em vista que o controle destas afecções é considerado um desafio, pois o índice de pessoas acometidas é muito grande por esse motivo e que têm sido priorizadas as condutas relacionadas à promoção e prevenção na Estratégia da Saúde da Família. Para tanto, uma das formas utilizadas é a detecção precoce a fim de evitar agravos. E na perspectiva que tange à maneira em que se intervém, se destacam: educação em saúde, mudança do estilo de vida, bem como utilização de medicamentos de acordo com avaliação médica.

Em consonância com o parágrafo anterior, Silva *et al.* (2016) dizem que, diante do cenário de saúde pública, e com o objetivo de melhorar o atendimento, bem como aumentar a adesão desses pacientes para prevenir agravamento em decorrência do DM e HAS, foi criado, em 2002, pelo o Ministério da Saúde, o programa HIPERDIA, sendo através deste que se é feito tanto o acompanhamento, bem como a disponibilização de medicamentos. Além do mais, através deste programa, é possível tanto conhecer o perfil do público-alvo, como traçar estratégias,

as quais visam a melhoria da qualidade de vida e, em detrimento disso, diminuirá o percentual de mortalidade e o custo social.

Sendo assim, é de grande valia mencionar o quão importante é transformar o paciente em protagonista do autocuidado, o que vai além da mudança do estilo de vida. Para tanto, percebe-se que o perfil dos pacientes cadastrados é de: sedentários, tabagista, etilista, déficit no conhecimento a respeito das doenças crônicas, bem como o tratamento e as consequências (SILVA *et al.*, 2016). Bezerra *et al.* (2018) acrescentam que os idosos, por estarem vivenciando mudanças fisiológicas, estão mais susceptíveis ao acometimento dessas afecções, além do mais, é mencionado que a prevalência dos cadastramentos é do sexo feminino e que possui baixa escolaridade e renda familiar.

Pode-se visualizar que Bezerra *et al.* (2018) remetem que o HIPERDIA visa estimular mudanças de hábitos, mas não se limita a isso, tendo em vista que, associado a este pré-requisito, têm-se os objetivos que visam o aumento da adesão medicamentosa, explicando os riscos e as consequências que podem advir da automedicação, além de refletir em estratégias que englobem o paciente em seu aspecto biopsicossocial, a fim de assisti-los em sua integralidade.

Levando em consideração a concepção de Menezes *et al.* (2020), remete-se que, entre os anos de 2000 e 2010, teve-se um aumento considerável do percentual das doenças crônicas, principalmente, HAS. Tendo em vista que o índice do controle ainda é considerado baixo, muitos ainda preferem a adesão de medicamento por conta própria ou utilizar de estratégias não farmacológicas a seguir o tratamento de forma correta. Outro quesito a ser ressaltado é que, diante do índice de prevalência, se fazem necessárias novas avaliações e intervenções, a fim de evitar o aumento gradativo e suas consequências.

Ainda de acordo com os autores citados, percebe-se que o perfil das pessoas cadastradas se enquadra justamente nos fatores de risco, enfatizando o déficit de conhecimento a respeito da doença e os fatores genéticos e extrínsecos. Sendo assim, além do apoio e da intervenção da assistência por intermédio do HIPERDIA, é preciso que se tenha colaboração do usuário, uma vez que este precisa estar ciente do seu quadro clínico, bem como do que pode fazer para evitar agravamento clínico. Sendo assim, como mencionado anteriormente, é preciso que, através da educação em saúde, oriente-se o paciente quanto à doença, ao seu índice de prevalência, tratamento e suas consequências, bem como transformá-los em

protagonista do autocuidado (SILVA *et al.*, 2016; BEZERRA *et al.*, 2018; MENEZES *et al.*, 2020).

4.2 O Risco da Automedicação e Interação Medicamentosa: efeitos adversos evitáveis

Esta etapa é constituída pelos artigos 1, 2 e 8, através deles, pode-se visualizar como se dá a adesão medicamentosa dos pacientes portadores de doenças crônicas, bem como a interação medicamentosa entre anti-hipertensivo e hipoglicemiantes. Adequando-se a estes pré-requisitos a maneira que as unidades farmacêuticas se portam frente à venda de medicamento sem prescrição médica, favorecendo a prática da automedicação. Para tanto, sabe-se que o risco que advém dessa prática pode corroborar para grandes complicações e, até mesmo, irreversíveis no quadro clínico do paciente. Segue abaixo uma análise documental dos artigos (Quadro 13).

| Código | Local de estudo | Objetivo | Resultados | Conclusão |
|--------|-----------------|--|--|---|
| A1 | Florianópolis | Verificar a associação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e tipos de complicações cardiovasculares presentes em pessoas com hipertensão arterial sistêmica | Os resultados demonstram a necessidade de mudança comportamental da clientela hipertensa com adoção de medidas de promoção da saúde, a fim de prevenir novos agravos cardiovasculares. | A adesão ao tratamento esteve presente em 52% e mostrou-se associada apenas com o AVC ($p < 0,001$), sendo verificado que os hipertensos que não seguem a terapêutica correta tiveram 3,048 mais chances de sua ocorrência. Isso implica em |

| | | | | |
|----|----------------|---|--|--|
| | | | | instituição de novas estratégias por parte dos profissionais da ESF, voltadas à melhoria da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, a fim de prevenir novas complicações cardiovasculares. |
| A2 | Rio de Janeiro | Avaliar a estrutura das farmácias das Unidades de Saúde da Família no cuidado à hipertensão arterial e diabetes mellitus em Pernambuco, 2016. | Mais de 90% das farmácias funcionavam nos turnos da manhã e tarde. Apenas 5,7% na capital e 2,7% no interior possuíam farmacêutico como responsável pelo serviço; essa atividade era desempenhada por outros profissionais, a maioria de nível médio e sem capacitação. A capital possuía maior variedade de medicamentos, contudo, eles não eram suficientes para a demanda | Identificaram-se problemas na estrutura das farmácias, principalmente na capacitação de recursos humanos e disponibilidade de insumos com poucas diferenças entre capital e interior. |
| A8 | Ceará | Avaliar as Interações Medicamentosas presentes nas prescrições médicas dos | Entre os pares de Interações Medicamentosas mais frequentes, 61,54% foram entre Metformina e | O trabalho concluiu que quanto maior o número de medicamentos, maiores são as |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | pacientes da Policlínica Tasso Jereissat portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial | Hidroclorotiazida, resultando em hiperglicemia, intolerância à glicose e risco de acidose láctica. Foi observado que esse resultado se deve ao fato de 36% dos pacientes usarem Hidroclorotiazida e Metformina concomitantemente. | chances de ocorrência de Interações Medicamentosas e que a terapia medicamentosa pode ser deficiente mesmo com o uso correto. |
|--|--|---|---|---|

Quadro 13: Síntese dos artigos da revisão (III).

Fonte: Dados da pesquisadora (produzido em 2021).

A priori, Lima *et al.* (2016) enfatizam com veemência que os maiores índices estão direcionados ao sexo masculino, tendo em vista que as mulheres percebem a necessidade da adesão do tratamento com mais facilidade, bem como se tem a existência de mais programas na AB voltados à saúde da mulher, tendo em vista que a maior prevalência é em idosos devido ao processo fisiológico do envelhecimento, o qual influencia na maneira em que o organismo reage com a adesão farmacológica, além da automedicação.

Para tanto, Lima *et al.* (2016) acrescentam que, por mais que se tenha avançado tanto o diagnóstico precoce como também o tratamento para com as doenças crônicas inseridas no Programa HIPERDIA, remete-se que apenas um terço das pessoas diagnosticadas e acompanhadas de forma regular pelos serviços de saúde mantém os níveis pressóricos e glicêmicos nos parâmetros desejáveis. Tendo em vista que as pessoas que aderem o tratamento corretamente têm menor chance de ter agravamento em seu quadro clínico, mas aqueles que não aderiram tampouco seguem a forma terapêutica, as chances de ter como complicações cardiovasculares, por exemplo, aumentaram consideravelmente.

Em consonância com Lima *et al.* (2016) e Costa *et al.* (2020), o direito à saúde é garantido por meio da Constituição Federal de 1998, na qual é inserido o abastecimento dos medicamentos essenciais e, dentre eles, se destacam os anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. Para tanto, são destacados pontos que se relacionam à dificuldade na adesão ao tratamento, dentre eles, são: déficit no

conhecimento acerca do tratamento, bem como as reações adversas, indisponibilidade do medicamento e uso inadequado mediante apenas a apresentação dos sinais e sintomas.

Em sua análise, Costa *et al.* (2020) frisam o quão importante é se ter uma estrutura e assistência adequada no quesito que se refere às redes farmacêuticas, a fim de minimizar o percentual de automedicamento com anti-hipertensivo e hipoglicemiantes, valendo salientar que são poucos estudos que visam à interferência das farmácias no tratamento e na adesão. Para tanto, sabe-se que o uso de medicamentos por conta própria pode acarretar em inúmeras consequências, assim como a falta de adesão medicamentosa, bem como a adesão não farmacêutica também interfere nos cuidados que devem ser contínuos e de acordo com a intervenção médica com o objetivo de minimizar os riscos de complicações crônicas e agravamento do quadro clínico atual.

Desse modo, percebe-se o quão importante é o vínculo entre profissional e paciente, além disso, através do programa HIPERDIA, pode-se introduzir o processo de educação em saúde, o qual visa orientar quanto à importância do uso do medicamento correto, no mesmo horário, de forma contínua, explicar sobre as possíveis reações adversas e complicações. Outrossim, é válido frisar a necessidade de conhecer o seu organismo, a maneira que reage a ação medicamentosa e a relevância de aderir para a melhora do quadro clínico. Além do mais, a partir destes pré-requisitos, pode transformar os pacientes portadores de doenças crônicas em protagonista do seu autocuidado, visando a mudança de estilo de vida associada à adesão medicamentosa (COSTA *et al.*, 2020).

De acordo com a percepção de Alves *et al.* (2019), devido ao déficit na adesão ao tratamento da HAS e DM, têm-se como consequência cerca de 400 mil mortes por ano de hipertensos e 36 mil de diabéticos; é por esse motivo que se considera um problema de saúde pública, o qual resulta tanto no aumento do percentual de mortalidade, como nos gastos pelo governo, tendo em vista que são doenças de cunho social.

Entretanto, se houvesse o tratamento correto e conseqüentemente controle da HAS e DM a redução dos gastos chegaria acerca de R\$840 milhões em custos anuais para o governo, o que minimizaria as complicações e resultaria em maior qualidade de vida (ALVES *et al.*, 2019).

Diante do enredo supracitado, Alves *et al.* (2019) frisam a importância de analisar e identificar as possíveis interações medicamentosas no quesito que se refere ao tratamento farmacêutico para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, visando propor intervenções que diminuam as reações adversas e o agravamento clínico. Com base nesse pressuposto, pode-se analisar que a automedicação é um fator potencial para a dificuldade do diagnóstico, bem como para a eficácia do tratamento, além do mais, a automedicação tem seus riscos, principalmente, quando estes sofrem interações medicamentosas com o tratamento prescrito.

No mais, percebe-se com veemência que, para que as condutas sejam eficazes, se faz necessária a atuação do paciente, estando de acordo com o propósito das medicações prescritas, não fazer uso de medicamentos de forma avulsa, tampouco realizar intervalos por conta própria (ALVES *et al.*, 2019).

4.3 Papel do Enfermeiro na Educação em Saúde frente à Adesão Medicamentosa no Programa HIPERDIA

Nesse capítulo, são utilizados os artigos 3, 4, 9, 10 e 11, os quais têm como pressupostos focar no processo educativo do profissional de enfermagem, uma vez que a educação em saúde é de competência do enfermeiro, a qual é de extrema importância na adesão e eficácia do tratamento, sabendo que um dos objetivos é transformar os pacientes em protagonistas da sua própria saúde; o que facilita tanto a eficácia do tratamento, como também minimiza os danos que são provenientes da negligência para com a saúde. Dessa forma, no quadro a seguir, exibe-se uma análise documental dos artigos supracitados (Quadro 14).

| Código | Local do estudo | Objetivo | Resultados | Conclusão |
|---------------|------------------------|--|--|---|
| A3 | Minas Gerais | Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso | Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na | A assistência sistematizada de enfermagem pode beneficiar |

| | | | | |
|-----------|------------|---|---|--|
| | | <p>e não-medicamentoso de usuários de um serviço de atenção primária diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica antes e após a implementação da consulta de enfermagem sistematizada</p> | <p>adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica após as intervenções de enfermagem (p=0,102), que foram realizadas individual e coletivamente. “Disposição para controle aumentada do regime terapêutico” e “Estilo de vida sedentário” foram os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes.</p> | <p>pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária em saúde. Faz-se necessário o fortalecimento da utilização do processo de enfermagem e da identidade do enfermeiro no cuidado das condições crônicas.</p> |
| A4 | Pernambuco | <p>Avaliar o processo educativo realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na atenção à hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em Recife, Pernambuco</p> | <p>Foram identificadas práticas verticalizadas e pouco dialogadas pelos profissionais, bem como uma visão curativista e medicalocêntrica nos discursos dos usuários. Observaram-se também ações transformadoras no processo de trabalho dos profissionais e relatos de melhorias das condições de saúde dos usuários participantes dos grupos educativos.</p> | <p>Concluiu-se que é o poder de transformação das ações educativas, quando se tornam participativas e construídas com base nas experiências e necessidades da população.</p> |

| | | | | |
|-----|----------------|---|---|--|
| A9 | Pernambuco | Identificar as características da produção nacional sobre as práticas de educação em saúde realizadas por enfermeiros para pacientes nos programas de doenças crônicas para a Hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. | Decorrente da apreciação dos estudos elencados, foi possível categorizar os achados em dois eixos temáticos, a saber, Metodologia Freiriana, utilizando grupos de educação em saúde, como também Métodos tradicionais e a utilização das palestras educativas. | De acordo com os achados coletados durante a pesquisa, notou-se que a literatura aponta uma tendência de seguir os moldes tradicionais, evidenciados no percentual de 40% com as palestras educativas. |
| A10 | Rio de Janeiro | Analisar a produção científica sobre educação em saúde voltada à clientela hipertensa no cenário da mudança de Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família. | Os achados evidenciaram que a mudança do modelo assistencial da Atenção básica, de PSF para ESF, impulsionou o aumento de pesquisas referentes à temática, sendo a Enfermagem a categoria profissional mais atuante nesta vertente. As ações educativas constituem-se, em sua maioria, por oficinas e rodas de conversas, com destaque para palestras, o que denota a representação | Conclui-se que o desenvolvimento de ações educativas voltadas à clientela hipertensa têm contribuído na qualificação do fazer profissional e no aprimoramento dos serviços de saúde, contudo, são necessárias novas estratégias educativas que sejam condizentes com a realidade dos usuários hipertensos, favorecendo a promoção da saúde e a |

| | | | | |
|-----|----------|---|--|--|
| | | | antiga de educação em saúde, pautada no simples repasse de informações. | qualidade de vida. |
| A11 | Curitiba | Realizar uma revisão na literatura vigente sobre promoção da saúde de pacientes hipertensos | A prática de educação em saúde deve ser realizada nos mais variados contextos. A educação em saúde deve envolver os mais variados temas que podem englobar desde o tipo de alimentação que o paciente deve adotar, assim como estilo de vida de uma maneira geral e tratamento farmacológico, pois a não aderência à medicação é um dos fatores que podem prejudicar de maneira importante o modo como o paciente lida com a doença. Vários instrumentos podem ser usados para a promoção da saúde de pacientes hipertensos. | O profissional pode trabalhar de maneira multiprofissional para alcançar os objetivos propostos, permitindo maior objetividade e assertividade nas condutas realizadas, fazendo com que o processo de promoção da saúde de pacientes com doenças crônicas aconteça de maneira efetiva. |

Quadro 14: Síntese dos artigos da revisão (IV).

Fonte: Dados da pesquisadora (produzido em 2021).

Ao se referir à importância da educação em saúde frente à adesão medicamentosa voltada aos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, Mota *et al.* (2020) frisam o quão importante é a efetividade da consulta de enfermagem nesse processo. Tendo em vista que, para se ter o controle tanto da HAS quanto da DM, se faz necessária a adesão do tratamento pelo paciente, mas é válido mencionar que alguns fatores são responsáveis pela interferência nesse processo, dentre eles, se destacam: o déficit no conhecimento a respeito da doença, estilo de vida e resistência na mudança de hábitos e aspectos socioculturais.

Com base nesse pressuposto, é que se pode refletir a importância da educação em saúde, bem como as intervenções dos profissionais de enfermagem com o intuito de promover tanto o aumento da adesão aos medicamentos prescritos e de forma correta, quanto a adoção de estilo de vida saudável, além do mais, é de alta relevância estar ciente do que é a doença, maneira que age no organismo, meios de tratamentos e consequências que podem advir devido às negligências para com estas afecções (MOTA *et al.*, 2020).

Sendo assim, a fim de evitar possíveis complicações, faz-se necessária a atuação da enfermagem com base em evidências científicas, atrelando a este o processo de enfermagem, o qual é constituído pela sistematização à assistência de enfermagem e visa traçar o diagnóstico, planejamento e as intervenções para o quadro clínico do usuário, além de realizar avaliação periodicamente ou assim que necessário com objetivo de verificar a eficácia das implementações adotadas (MOTA *et al.*, 2020).

Em consonância com Mota *et al.* (2020) e Bezerra *et al.* (2020), considera-se um grande desafio a atuação dos profissionais da saúde frente às doenças crônicas, pois os dados referem-se que o maior índice de acometimento engloba pessoas de baixa renda e que possuem acesso restrito tanto para a disponibilidade de medicamento quanto à acessibilidade ao serviço de saúde, uma vez que a educação em saúde precisa ser constante, além do mais, se faz necessário ampliar o modo de pensar dos usuários do programa, a fim de refletir e que se tenham transformações precisas para a melhoria do diagnóstico situacional da população.

Já Vasconcelos *et al.* (2017) e Sampaio *et al.* (2021) referem-se à educação em saúde como um dos meios mais eficazes para a promoção em saúde na AB, sendo estas feitas utilizando-se dos métodos tradicionais ou Freiriana. Ao analisar os tipos de métodos adotados, percebe-se que os ativos são os mais eficazes, como,

por exemplo: roda de conversa, pois permite um olhar holístico frente à doença, bem como reflexão, além de possibilitar a participação dos indivíduos. Para tanto, se faz necessário inserir nestas condutas a equipe multiprofissional, visando propor novas interações, como também formas de cuidados a fim de aprimorar as condutas de maneira efetiva e contínua.

Dessa forma, Nicolau *et al.* (2018) abordam a opção da ação educativa como forma reflexiva, a qual associa as condições socioculturais, os questionamentos e as vulnerabilidades. Tem-se como pré-requisito a troca de conhecimento na horizontal, isto é, a que visa a participação ativa do paciente, bem como as trocas de informações de forma mútua sem interferir na autonomia. É necessária, assim, a desmistificação de informações e construção de saberes com base científica, mas relacionando ao meio em que o indivíduo se encontra inserido, tornando-se uma maneira inovadora na educação, a qual permite que a mudança parta do indivíduo, porém, baseada em conceitos científicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do enredo apresentado, percebe-se que poucas são as literaturas que abordam acerca do perigo da automedicação, principalmente, quando este uso se refere aos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes no Programa HIPERDIA, tendo em vista que existe uma grande quantidade de conteúdos ao se referir a eles de forma isolada, mas quando interliga as doenças crônicas de cunho social ao perigo da automedicação, a limitação é evidente, além do mais, este percentual foi diminuído, quando se utilizou um dos critérios da metodologia que foi a delimitação do ano.

Dessa forma, os autores citados ao decorrer do trabalho mantêm uma linha de raciocínio paralela, uma vez que a temática abordada é pouco explorada, apesar de que a HAS e DM são as principais causas das doenças cardiovasculares e são afecções bases para o aumento do índice de mortalidade. Deste modo, frisa-se a todo instante a importância do enfermeiro frente à adesão medicamentosa e educação em saúde, fatores cruciais para a minimização dos agravos provenientes da negligência para com a própria saúde.

Inicialmente, foi traçado o objetivo geral, o qual foi destacado da seguinte forma: identificar quais medidas devem ser adotadas como fonte principal para diminuição do surgimento e aumento de casos da HAS e DM, bem como analisar a como a automedicação é vista como fator de risco à população em geral, constando que este foi atendido, já que, por intermédio desse estudo, pode-se visualizar que o programa HIPERDIA é um dos aliados para a minimização das doenças crônicas, bem como fazer o controle do percentual dos casos de incidência e prevalência, além do mais, foi referido a todo o momento a respeito do processo de enfermagem a fim de propor implementações condizentes ao quadro clínico, assim como educação em saúde, a qual pode sanar as dúvidas existentes e nortear os pacientes para que visem seguir as condutas médicas e não a automedicação, salientando as interações e complicações que podem advir dessa prática.

O primeiro objetivo específico, por sua vez, visava buscar compreender quais medidas seriam adotadas pelos profissionais, buscando amenizar o agravo de doenças crônicas, o qual foi atingido, uma vez que as condutas, que visam à melhoria do quadro clínico, bem como a condição e qualidade de vida, foram

destrinchadas no decorrer na contextualização. Posteriormente, o objetivo tinha como intuito analisar e identificar fatores que podem ser prejudiciais para o agravamento de determinadas doenças, o qual também foi constatado, pois se refere a fatores socioculturais, bem como o estilo de vida e a resistência ao conhecimento e a mudança dos hábitos são fatores extrínsecos e que contribuem para o agravamento do quadro clínico, além do uso errôneo dos medicamentos.

Em continuidade, o terceiro objetivo destinava-se à importância de orientar hipertensos e diabéticos a respeito das mudanças no estilo de vida que devem ser adotados pelos mesmos, sendo atingido, pois, através da educação em saúde, pode-se pôr em prática todas as orientações por meio de roda de conversa, a qual permite que o paciente se mantenha ativo ou por meio de outra conduta, sendo esta escolhida conforme o perfil da população e estrutura da unidade, visando proporcionar o melhor para aqueles que serão assistidos. Por último, o objetivo traçado foi conhecer quais medidas levam os pacientes a realizarem uso de medicamentos por conta própria, explicando os malefícios do ato. Sendo este constatado no decorrer da contextualização, uma vez que foram explanadas, de forma clara, as consequências que advêm dessa conduta, tendo como principal a interferência no tratamento que impossibilita a eficácia, bem como a interação medicamentosa.

Em suma, a partir das leituras das literaturas e dos artigos selecionados, pode-se visualizar que muitos são os impasses no quesito que se refere às condutas direcionadas à melhoria de doenças crônicas, já que não se necessita unicamente do profissional da saúde, mas também da colaboração dos usuários do programa HIPERDIA, visando a melhoria do quadro clínico e diminuição dos riscos provenientes da HAS e DM.

REFERÊNCIAS

ALVES, B.A.; CALIXTO, A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **Journal of the Health Sciences institute**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 255-260.

ALVES, N.R.; MENEZES, P.D.L.; DINIZ, J.A.; SOUZA, F.A.F.; CARVALHO, P.M.M.; TAVARES, S.M.Q.M.C. Avaliação das interações medicamentosas entre anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** V.13, N. 44, p. 374-392, 2019 - ISSN 1981-1179.

ALVES, N.R.; MENEZES, P.D.L.; DINIZ, J.A. Avaliação das interações medicamentosas entre anti-hipertensivo e hipoglicemiantes orais. **Rev. Mult. Psic.** V.13, N. 44, p. 374-392, 2019.

AMARAL, D.M.D.; PERASSOLO, M.S. Possíveis interações medicamentosas entre os anti-hipertensivos e antidiabéticos em participantes do Grupo HIPERDIA de Parobé, RS (Uma análise teórica). **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Novo Hamburgo, v. 33, n. 1, p. 99-105, 2012.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013.

ANÉAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, 15(38), 651-62, 2011.

ARAÚJO, Y.B.; REZENDE, L.C.M.; QUEIROGA, M.M.D.; SANTOS, S.R. Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da Atenção Primária. **J. Health Inform.** 2016 Dezembro; 8(Complemento):164-70.

ARRAIS, P.S.D.; FERNANDES, M.E.P.; DAL PIZZOL, T.S.; RAMOS, L.R.; MENGUE, S.S.; LUIZA, V.L. *et al.* Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev Saude Publica.** 2016;50(supl 2):13s.

ASSIS, R.R. **Uso inadequado de medicamentos e baixa adesão ao tratamento na Zona Rural do Município de Abaeté/MG** – Projeto de Intervenção. 2015.

BARROSO, Roberta. Automedicação em idosos de Estratégias de Saúde da Família. **Diamantina**, 2015. 65 f.: il.

BEZERRA, A.L.A.; BEZERRA, D.S.; PINTO, D.S.; BONZI, A.R.B.; PONTES, R.M.N.; VELOSO, J.A.P. Perfil epidemiológico de idosos hipertensos no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev Med**, São Paulo, 2018.

BEZERRA, E.A.F.; JUNIOR, J.J.A. O papel do enfermeiro na promoção a saúde do homem: o contexto das unidades básicas de saúde da cidade de Macaíba-RN. **SANARE, Sobral**, v. 13, n.2, p. 18-23, jun/dez – 2014.

BEZERRA, H.M.C; GOMES, M.F.; OLIVEIRA, S.R.A.; CESSE, E.A.P. Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção a hipertensão e diabetes. **Trab. educ. saúde** vol.18 no.3 Rio de Janeiro 2020 Epub July 15, 2020.

BRANCO, C.S.N.; MENDES, R.S.; OLIVEIRA, S.K.P.; PAMPLONA, Y.A.P. Consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enfermagem Contemporânea**, 2013 dez; 2 (1): 196-208.

BRASIL. **Lei n. 7.498/86**, de 25 de junho de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 371/GM**, em 4 de março de 2002.

BRUNNER; SUDDARTH. **Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica** - 13ª Ed. 2015.

CARVALHO, A.M.P.; SILVA, G.A.; RABELLO, E.T. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Cad Saúde Colet**, 2020;28(4):590-598. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040151>.

COSTA, J.M.B.S.; BARRETO, M.N.S.C.; GOMES, M.F.; CESSE, E.A.P. Avaliação da estrutura das farmácias das Unidades de Saúde da Família para o atendimento aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em Pernambuco. **Cad. saúde colet**. vol.28 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2020 Epub Dec 16, 2020.

COSTA, L.; CONCEIÇÃO, E. Escore de Framingham na avaliação do risco cardiovascular em diabéticos. **Rev Rene**. 2014.

DIABETES. **Conduta terapêutica** no diabetes tipo 2: algoritmo SBD. 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/83-conduta-terapeutica-no-diabetes-tipo-2-algoritmo-sbd-2014>.

DIAS, I.M. *et al.* Percepção e opinião de especialistas sobre automedicação de pacientes com disfunção temporomandibular e dor orofacial. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 32-37, março de 2017.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. il.

DOMINGUES, P.H.F.; GALVÃO, T.F.; ANDRADE, K.R.C. *et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: Estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 26(2):319-330, abr-jun, 2017.

DUNCAN, B.B. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde pública** 2012; 46 (Supl) 126-34.

FERNANDES, P.V.; CASTRO, M.M.; FUCHS, A. *et al.* Valor Preditivo do Escore de Framingham na Identificação de Alto Risco Cardiovascular. **Int J Cardiovasc Sci.** 2015; 1(1):4-8.

FERREIRA, L.T.; SAVIOLLI, I.H.; VALENTI, V.E.; ABREU, L.C. Diabetes mellitus: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n. 3, p. 182-8, Set/Dez 2011.

FILHA, F.S.S.C.; NOGUEIRA, L.T.; VIANA, L.M.M. HIPERDIA: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; LENARDT, M.H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 358-365, 2010.

LIMA, B.B.S.; MOREIRA, T.M.M.; BORGES, J.W.P.; RODRIGUES, M.T.P. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. **Texto contexto - enferm.** vol.25 no.3 Florianópolis 2016 Epub Aug 18, 2016.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional of status in the elderly. **Primary Care**, [s.l.], v. 21, n.1, p. 55-67, 1994.

LOPES, N.M. **Automedicação**: Algumas reflexões sociológicas, sociologia, problemas e práticas, n 37, p. 141-165, 2011.

MATOS, J.F. *et al.* Prevalência, perfil e fatores associados à automedicação em adolescentes e servidores de uma escola pública profissionalizante. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 1, p. 76-83, Mar. 2018.

MENEZES, T.C.; PORTES, L.A.; SILVA, N.C.O.V. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com o método diferenciado de busca ativa. **Cad. saúde colet.** vol.28 no.3. Rio de Janeiro July/Sept. 2020 Epub Aug 03, 2020.

MERCK, S.D. **Manual Merck de Informação Médica**. São Paulo: Manole, 2002.

MOTA, B.A.M.; LANZA, F.M.; CORTEZ, D.N. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. salud pública** vol.21 no.3 Bogotá May/June 2019 Epub May 05, 2020.

NASCIMENTO, M.A.; ALMEIDA, S.C.B. *et al.* Assistência de enfermagem no programa hiperdia: relato de experiência em estágio supervisionado. Julho – dezembro. **Rev. Cuid. Arte em Enfermagem**,11 (1): 231-238, 2017.

NICOLAU, A.; BATISTA, K.J.D.; MOURA, A.; SIMAS, J. Práticas de educação em saúde realizadas por enfermeiros para pacientes do programa hiperdia. **J Manag Prim Health Care**, 2018.

OLIVEIRA, A.M. *et al.* Fatores contribuintes para a prática da automedicação de idosos em uma unidade de saúde da família. **Rev em enferm UFPE** online.; v. 6, n.1, pag 125-31, jan 2012.

ROCHA, Ricardo Mourilhe; MARTINS, Wolney de Andrade. **Manual de Prevenção Cardiovascular**. 1ed. - São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: SOCERJ - Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

ROECKER, S.; NUNES, E.F.P.A.; MARCON, S.S. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia da Saúde da Família: **Texto contexto enferm**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 157-63.

SAMPAIO, S.M.L.; SILVA, I.B.; LUNA, C.A.; RANGEL, J.F.; FEITOSA, P.G.; FERREIRA, F.D.W.; SILVA, E.S.P.; NOBREGA, J.G.R.; SOUSA, C.M.S. Promoção da saúde de pacientes hipertensos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 5238-5249 mar./apr. 2021.

SANTOS, José Wilson dos; BARROSO, Rusel Marcos B. **Manual de Monografia da AGES**: graduação e pós graduação. Paripiranga: AGES, 2019.

SCHOEN, Karla. **Projeto de Intervenção para acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos através da criação de Grupo HiperDia**. Florianópolis, abril de 2017.

SECOLI, S.R.; MARQUESINE, E.A. Tendência da prática de automedicação entre idosos brasileiros entre 2006 e 2010: Estudo SABE. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol.21 supl.2 São Paulo, 2018.

SILVA, F.O.; SUTO, C.S.S.; COSTA, L.E.L. Perfil de pacientes cadastrados no Hiperdia: conhecendo o estilo de vida. **Rev. Saúde Col.** UEFS, Feira de Santana, 5(1): 33-39 (Dezembro, 2016).

SILVA, L.D.; BECK, C.L.C. *et al.* O enfermeiro e a educação em saúde: Um estudo bibliográfico. **Rev Enferm UFSM**, 2012, maio/agosto; 2(2): 412-419.

SILVA, Windson Carlos Motta da; FARAH, Breno Quintella; RICARTE, Gilmário Batista. Atividade física e fatores associados em usuários do programa hiperdia de uma unidade de saúde da família do Recife. **Rev. bras. ciênc. saúde**; 16(03)out. 2012.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral; tradução Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. 11ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 29 a 30p. e 46 a 48p.

SOARES, F.S.F.S.; TOLSTENK, L.N.; MELLO, L.M.V. **HiperDia**: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 12, 2011, pp. 930-936 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial** ISSN-0066-782 X , vol 107, nº 3, Supl. 3, Setembro de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Rev Bras Hipertens**. 2010;17(1):4-62.

SOUZA, C.S.; STEIN, A.T.; BASTOS, G.A.N.; PELLANDA, N.L. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. **Arq Bras Cardiol**. 2014; 102(6):571-578.

SOUZA, Lays Alves Ferreira *et al.* Prevalência e caracterização da prática de automedicação para alívio da dor entre estudantes universitários de enfermagem. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 19, n 2, p. 245-251, 2011.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi *et al.* Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 963-972, 2019.

TAVARES, M.S.; MACEDO, T.C.; MENDES, D.R.G. Possíveis interações medicamentosas em um grupo de hipertenso e diabético da estratégia saúde da família. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires** 2012; Julho-Dezembro (2): 119-126.

VASCONCELOS, M.I.O.; FARIAS, Q.L.T.; NASCIMENTO, F.G.; CAVALCANTE, A.S.P.; MIRA, Q.L.M.; QUEIROZ, M.V.O. Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. **Rev. APS**. 2017 abr/jun; 20(2): 253 - 262.

VICAVA, F.; OLIVEIRA, R. *et al.* **SUS**: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde. nos últimos 30 anos. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06022018.

WEBER, D.; OLIVEIRA, K.R.; COLET, C.R.; COLET, C.F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Hipertens.** vol. 21(2):114-121, 2014.

WHO. World Health Organization. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.js?introPage=intro_3.html.

WHO. World Health Organization. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1998. [cited 2016 Dec 13]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip32e/whozip32e.pdf>.

APÊNDICE

FORMULÁRIO DE REGISTRO

1.Título**Base de
Indexação****Ano de
Publicação****Tipo de
Publicação****Objetivos do
Estudo****Tipo de
Estudo /
Sujeito****Síntese do
estudo**
