

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA ELISA DE MOURA

**HIPERDIA: UM ESTUDO DE CASO FOCANDO A REALIDADE DE UMA
UNIDADE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
MIRANDA (MS)**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA ELISA DE MOURA

**HIPERDIA: UM ESTUDO DE CASO FOCANDO A REALIDADE DE UMA
UNIDADE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
MIRANDA (MS)**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização UNASUS em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção em Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: **Profa. Dda. Soraia Geraldo Rozza Lopes**

**FLORIANOPOLIS (SC)
2014**

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **HIPERDIA: UM ESTUDO DE CASO FOCANDO A REALIDADE DE UMA UNIDADE ESTRATÉGIA SAUDE DA FAMILIA DO MUNICÍPIO DE MIRANDA (MS)** de autoria da aluna **ANA ELISA MOURA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização UMA-SUS em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Dda. Soraia Geraldo Rozza Lopes
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

“O único homem que nunca comete erros é aquele que nunca faz coisa alguma. Não tenha medo de errar, pois você aprenderá a não cometer duas vezes o mesmo erro”.

(Franklin Roosevelt)

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Classificação da Hipertensão Arterial	14
Quadro 02: Índice de Massa Corporal	15
Quadro 03: Estrutura da UESF Deidâmia Barbato Albuquerque	20
Quadro 04: Recursos humanos da UESF Deidâmia Barbato Albuquerque	20

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Tendências de mortalidade por DCNT – 1996/2000/2007	12
Gráfico 01: Habitantes atendidos pelo da ESF pesquisada 2002 - 2013	23
Gráfico 02: Pacientes segundo o agravo e o gênero	24
Gráfico 03: Pacientes segundo valores de MG/DL da glicemia em jejum.....	25
Gráfico 04: Pacientes segundo valores de PAD/PAS.....	26

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Tema da pesquisa.....	9
1.2 Justificativa.....	10
1.3 Objetivos.....	11
1.3.1 Objetivo Geral	11
1.3.2 Objetivos Específicos	11
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1. Hipertensão Arterial	13
2.2 Diabetes <i>Melittus</i>	16
2.3 Estratégia Saúde da Família	17
METODOLOGIA.....	20
RESULTADOS E ANÁLISE.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

RESUMO

Mudanças no modo de vida, nos hábitos alimentares, na longevidade e outros fatores, colocam em evidência na atualidade as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, dentre elas o diabetes e a hipertensão. Considerando que as implicações cardiovasculares constituem um dos principais problemas de saúde no Brasil, levando a um expressivo número de mortes, e que entre os fatores que contribuem para esse quadro estão a hipertensão e o diabetes, entende-se que o diagnóstico precoce desses problemas, assim como o tratamento adequado e contínuo podem ter como grandes aliados os programas de saúde pública, como a Estratégia de Saúde da Família e o Hiperdia. Foram realizadas buscas na literatura sobre o Hiperdia e foram consultados dados constantes no banco de dados cadastrais da UESF em relação ao número de pessoas atendidas, assim como observado comprometimento dos pacientes que participaram dos encontros mensais do programa durante 2013. Relatamos a evolução do Programa desde sua efetivação, em relação aos diabéticos e hipertensos, e quais têm sido os resultados dessa ação. Na realidade observada os diabéticos e hipertensos atendidos pelo programa Estratégia de Saúde da Família em Miranda, Estado de Mato Grosso do Sul, verifico-se que os pacientes têm certa relutância em mudar seu hábito de vida, o que é preponderante para o combate ao diabetes e á hipertensão.

Palavras-chaves: Estratégia de Saúde da Família; Hiperdia; Doenças Crônicas não Transmissíveis.

INTRODUÇÃO

O panorama da saúde no mundo mostra uma alteração importante em relação às doenças de grande incidência num espaço de tempo não muito longo, caracterizando-se pela redução de doenças transmissíveis ou infectocontagiosas. Ao mesmo tempo, ganham espaço as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), implicando na adoção de novas estratégias em saúde pública com atenção especial para essas doenças. Isso porque, as mudanças relacionadas à alimentação, expectativa de vida e causas de morte mudaram o perfil de suscetibilidade às doenças. Têm-se então, que as mudanças socioeconômicas e culturais proporcionaram também mudanças no modo de vida das pessoas. Essas mudanças foram para pior, uma vez que levaram a maus hábitos alimentares, sedentarismo e o conseqüente sobrepeso. Alie-se a maior longevidade das pessoas e tem-se um quadro favorável a ocorrência das condições crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes. (OMS, 2005)

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) alerta para o problema diante dos índices verificados no continente no triênio 2007-2009, com 76,4% das mortes sendo causadas por doenças não transmissíveis, 12,5% por doenças transmissíveis e 11,1% por causas externas. A OPAS indica ainda que os principais fatores de risco das DCNT são largamente conhecidas: consumo de tabaco, uso nocivo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada. Entre as DCNT a hipertensão arterial tem maior incidência, uma vez que a elas são acrescidas outras doenças crônicas (BRASIL, 2011).

Peres (2012) informa que, no Brasil, a HAS tem uma incidência de quatro vezes mais que o DM – 7.648.294 portadores de DM (cerca de 5,8% da população maior de 18 anos) e 32.146.673 portadores de HAS (cerca de 24,4% da população maior de 18 anos). Estes resultados refletem o aumento da prevalência destas doenças crônicas como agravantes da saúde no Brasil, sendo os grandes responsáveis pelas causas de mortalidade e hospitalizações.

Além disso, elas são responsáveis por conseqüências econômicas, pois implicam em aumento da demanda de pacientes e de custos do tratamento. Intervenções são fundamentais como forma de desacelerar esse quando, com mudanças no estilo de vida

e adoção de hábitos saudáveis, com atenção especial para os grupos de renda mais baixa, face ao menor poder de escolha quanto ao estilo de vida, alimentação e aquisição de medicamentos.

Entende-se que o ponto fundamental para o combate ao problema é um rigoroso controle metabólico realizado concomitantemente com ações preventivas e curativas, capazes de prevenir e retardar o aparecimento das complicações do diabetes e da hipertensão, o que certamente significará melhor qualidade de vida para o indivíduo e gastos menores para o poder público.

No acompanhamento do DM da HA e suas complicações, o tratamento e acompanhamento devem ser ações fundamentais dos programas de saúde. Os sistemas de informação em saúde, em geral, são instrumentos para adquirir, organizar e analisar dados necessários, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, podem contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos ligados a ela. (WHITE, 1980; BRANCO, 1996).

No Brasil, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), foi criado em 2002 pelo Ministério da Saúde, como parte do plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* (BRASIL, PRAHADM, 2002). O HIPERDIA é um sistema de informação em saúde que tem como principais objetivos gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos aos pacientes cadastrados e fornecer subsídios para o planejamento da atenção à saúde dos diabéticos e hipertensos, constituindo importante ferramenta em ações de saúde pública.

Considerando a gravidade desses fatores de risco, assim como na perspectiva de avaliar os procedimentos em saúde envolvendo diabéticos e hipertensos, a pesquisa realizada pode contribuir para conhecer a evolução do programa ao longo dos anos, assim como para entender melhor a metodologia hoje utilizada e a forma como o paciente se comporta em relação ao problema, servindo de parâmetro para outros trabalhos que apontem novos procedimentos.

1.1 Tema da pesquisa

Entre os principais fatores de mortalidade de adultos estão as doenças cardiovasculares e que, entre estas, a hipertensão é prevalente e sofre influências também do diabetes, entende-se que um rigoroso controle metabólico realizado ao

mesmo tempo que as ações preventivas e curativas, capazes de prevenir e retardar o aparecimento das complicações do diabetes e da hipertensão, se mostram importantes. Neste sentido, o Programa Estratégia da Família é uma importante ferramenta, pela possibilidade de acompanhamento da evolução do histórico dos pacientes envolvidos assim como outras práticas em saúde.

Diante da gravidade desses fatores, assim como na perspectiva de descrever os procedimentos em saúde envolvendo diabéticos e hipertensos, este estudo pode contribuir para entender melhor a metodologia hoje utilizada, servindo de parâmetro para outros trabalhos que apontem novos procedimentos. Assim, foi escolhido como tema para a pesquisa: Hipertensão: um estudo de caso focando a realidade de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família do município de Miranda (MS).

1.2 Justificativa

O alto índice de pessoas acometidas por essas enfermidades trazem à tona um despertar de extrema importância para a compreensão dos serviços e ações que estão sendo implantados para o controle, a prevenção, o tratamento e o monitoramento dessas doenças.

A Estratégia de Saúde da Família, implementada a partir de 1994, teve como ponto de partida o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), passando a ser denominada como Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como principal enfoque as ações de prevenções para intervir nos fatores agravantes a saúde, a fim de buscar uma melhor qualidade de vida. Nesse contexto ela é fundamental por ser capaz de promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente, intervindo nos fatores que colocam em risco a qualidade de vida do paciente, identificando de forma mais profunda os problemas de saúde pública e realizando um acompanhamento mais constante.

Diante desse quadro, conhecer a evolução da assistência aos portadores de diabetes e hipertensão dentro do ESF Deidâmia Barbatto de Albuquerque poderá permitir posterior avaliação sobre pontos de êxito ou pontos de estrangulamento, o que ensejará a possibilidade para um planejamento adequado, com a correção de possíveis distorções e de pontos fracos.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Descrever a evolução do Programa Hiperdia na Unidade de Estratégia de Saúde da Família em Miranda/MS.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever os avanços do programa desde sua implementação;
- Descrever o perfil dos participantes no programa, quanto a gênero, agravo e idade;
- Descrever os valores de glicemia e os valores pressóricos da pressão arterial;
- Descrever o comprometimento dos participantes quanto à medicação, exercício, alimentação e visita médica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Numa linha geral as doenças crônicas são incuráveis, de origem não contagiosa e que levam a algum tipo de incapacitação, sendo que seus fatores de risco, pelo menos os principais, são amplamente conhecidos. As mesmas estão, quase sempre, associadas a ação de fatores sociais, culturais, ambientais e comportamentais. Mesmo não sendo doenças que apresentam imediato risco à vida dos portadores, elas são responsáveis pela deterioração da sua qualidade de vida.

O Ministério da Saúde afirma que as DCNT foram responsáveis por dois terços das mortes ocorridas no ano de 2008 em todo o mundo. De um total de 57 milhões de mortes, 36 milhões, ou 63%, são atribuídas às DCNT. Dentre essas, a prevalência foi para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com o documento do Ministério da Saúde os números registrados nos países de média ou baixa renda são ainda mais alarmantes, com 82% das mortes sendo atribuídas às DCNT. O Brasil está na média entre os dois percentuais, uma vez que elas são responsáveis por 72% das causas de mortes, mantendo a mesma prevalência das incidências: a) doenças do aparelho circulatório (31,3%), b) câncer (16,3%), c) diabetes (5,2%) e d) doença respiratória crônica (5,8%) (BRASIL, 2011).

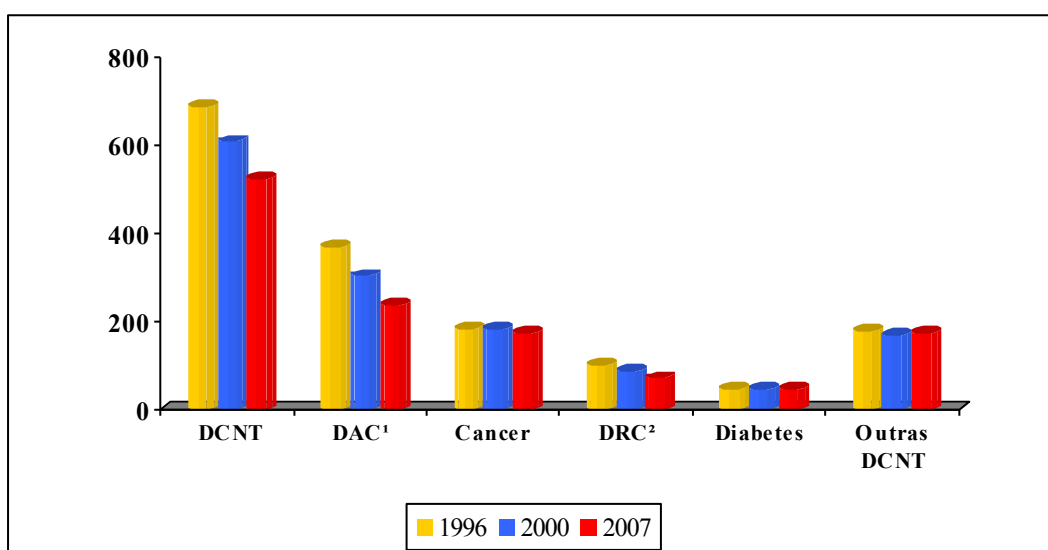


Gráfico 01: Tendências de mortalidade por DCNT – 1996/2000/2007

Fonte: A autora (2014, com dados de BRASIL, 2011)

De acordo com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022, os principais fatores de risco são: tabaco, alimentação não saudável, inatividade física e consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, e posteriormente o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) na atenção primária, aprovado pela Portaria /GM nº 16, de 03/01/2002.

O HIPERDIA é um sistema que cadastra, acompanha e monitora os usuários com Hipertensão arterial e *Diabetes mellitus* conforme as diretrizes do Plano, que tem por objetivo cadastrar os usuários com hipertensão arterial e *Diabetes mellitus*, ofertar regularmente para a rede de Atenção Básica os medicamentos necessários a esses usuários, proporcionar vinculação do usuário às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, investir na atualização dos profissionais da rede básica, oferecer garantia do diagnóstico promover a reestruturação e ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade às pessoas com HA e DM, bem como, acompanhar e avaliar os índices de morbimortalidade destas doenças. Quando o usuário é diagnosticado como hipertenso e/ou diabético é preenchido a ficha de cadastramento do mesmo sendo que a primeira via fica anexada no prontuário do paciente na Unidade de Saúde e a segunda via é encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a alimentação do banco de dados do SIS/HIPERDIA (BRASIL, 2002) .

2.1. Hipertensão Arterial

A pressão arterial é conceituada como “um componente fundamental no comportamento fisiológico dos seres humanos, regulando o metabolismo orgânico e possibilitando atividades de ordem voluntária e involuntária” (FERNANDES FILHO, 2003, p.146). Entretanto, muitas vezes ela sofre variações, sendo que, no caso de

¹ Doença do Aparelho Circulatório

² Doença Respiratória Crônica

elevação e persistência dessa elevação, caracteriza-se um quadro hipertensivo, que tende a provocar sérias conseqüências caso não seja tratado adequadamente.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) o Brasil conta com algo em torno de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, o que significa um percentual de 35% da população de 40 anos e mais. O tratamento do problema costuma ter início quando ele já está agindo há muito tempo na pessoa, uma vez que nem sempre se manifestam sintomas que permitem identificar a hipertensão. Via de regra ela é descoberta quando se busca tratamento para outro problema e a aferição acusa pressão alta. Além do mais, o tratamento nem sempre é levado a sério pelo hipertensivo, uma vez que, em não percebendo sintomas agressivos – como dores, por exemplo – ele negligencia esse tratamento. (BRASIL, 2014).

A - Adultos (maiores de 18 anos)

PAD (mm Hg)	PAS (mm Hg)	Classificação
< 85	< 130	- Normal
85-89	130-139	- Normal Limítrofe
90-99	140-159	- Hipertensão Leve (estágio 1)
100-109	160-179	- Hipertensão Moderada (estágio 2)
> 110	> 180	- Hipertensão Grave (estágio 3)
< 90	> 140	- Hipertensão Sistólica Isolada

B - Crianças e Adolescentes

Valores da PA Sistólica e Diastólica	Classificação
Menores que o percentil 90	Normal
Entre os percentis 90 e 95	Normal Limítrofe
Maiores que o percentil 95	Hipertensão Arterial

Quadro 01: Classificação da Hipertensão Arterial

Fonte: <http://www.institutodehipertensao.com.br/pressaoarterial.asp> (2014)

São diversos os fatores a serem considerados quanto à incidência da hipertensão, como a questão da hereditariedade. Cecil (1993) afirma que fatores genéticos estão presentes no aparecimento da hipertensão. O ambiente em que o indivíduo está inserido também tem implicações em relação ao surgimento e/ou desenvolvimento da hipertensão arterial, como é o caso de ingestão excessiva de sal, obesidade, sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas, entre outros.

Ainda de acordo com Cecil (1993) uma pessoa pode ser acometida de HAS durante anos e não perceber nenhum sintoma, o que a classifica como doença assintomática. Isso implica em se dar atenção a alguma manifestações que podem indicar algum problema de pressão, tais como cefaléia, cansaço, tontura, inchaço nas pernas, etc. Se a partir de alguma dessas manifestações for identificado um quadro hipertensivo, é fundamental que seja feito um monitoramento freqüente, já que o problema pode resultar em doença cardíaca, renal ou vascular. A pressão arterial aumenta linearmente em função do processo de envelhecimento, sendo que isso ocorre em função das alterações estruturais e funcionais no coração e nos vasos sanguíneos, que provocam a diminuição da elasticidade dos vasos.

Outro ponto em relação aos grupos de incidência, está relacionado com o nível socioeconômico, uma vez que ele sendo mais baixo está associado a maior prevalência de hipertensão e de fatores de risco para elevação da pressão arterial. De forma geral, a presença de fatores de risco cardiovascular não ocorrerem sozinhos, mas de forma combinada. Isso mostra que nem sempre um único fator desencadeia o risco, como a hereditariedade, por exemplo, mas, combinada com fatores ambientais – por exemplo, vida pouco saudável – contribuem para aumentar a predisposição (SBC, 2006).

A obesidade definida como um excesso de gordura corporal, resultante do desequilíbrio crônico entre consumo alimentar e gasto energético. Brunner e Suddarth (2000) dizem que o ganho de peso a médio e longo prazo aumenta a incidência da HAS, enquanto a perda de peso reduz essa incidência. Afirma ainda, que algo em torno de 70% dos casos de hipertensão estão associados à obesidade ou ganho de peso.

Entre os mecanismos para avaliar a questão de peso, está o IMC – Índice de Massa Corporal. O IMC é calculado dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em metros).

Categoria	IMC
Subnutrido	Abaixo de 18,5
Peso saudável	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25,0 - 29,9
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9
Obesidade Grau III	40,0 e acima

Quadro 02: Índice de Massa Corporal

Fonte: <http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/imc.asp> (2014)

Auxiliar os indivíduos a fazer mudanças nos hábitos alimentares, favorece um melhor controle metabólico, do peso corporal e da pressão arterial. O plano alimentar deve ser personalizado de acordo com idade, situação metabólica e biológica, atividade física, doenças intercorrentes, situação econômica e disponibilidade dos alimentos.

De acordo com Cecil (1993) o fumo aumenta a pressão pelo fato de que a nicotina age como vasoconstritor e altera a parede interna dos vasos, reduzindo sua elasticidade. Isso faz com que o tabagismo seja visto como responsável por 1/5 das mortes por doenças cardíacas, relacionado com maior prevalência de hipertensão arterial.

2.2 Diabetes *Melittus*

De acordo com dados no Ministério da Saúde relativos ao ano de 1993, existiam no Brasil cerca de 5 milhões de diabéticos, sendo que metade deles não tinha conhecimento do problema. Quando essas pessoas passavam a ter conhecimento do problema, por meio de diagnóstico médico, o quadro já era de complicações crônicas. (BRASIL, 2002)

Ainda de acordo com previsão do Ministério da Saúde, feita em 2001, o Brasil deverá ter, em 2025, mais de 11 milhões de diabéticos. Isso tem levado à dinamização dos programas de detecção do diabetes, principalmente com a atenção voltada para as pessoas com 40 anos de idade ou mais. (BRASIL, 2002)

Diversos estudos mostram que o Diabetes *Melittus* decorre da falta ou da incapacidade da insulina em exercer de forma correta suas funções, o que leva à hiperglicemia, ocasionando uma série de distúrbios que afetam vários órgãos, de forma mais agressiva os rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. (BRASIL, 2002)

Apesar de acometer milhões de pessoas, e de todo estudo realizado sobre o assunto, ainda não foi possível definir o mecanismo pelo qual o diabetes se instala no organismo, sendo na verdade, considerado como uma síndrome que agrupa um determinado número de sintomas. Os mais evidentes são sede intensa e aumento de apetite, o que não impede que o doente emagreça; a eliminação de urina também cresce consideravelmente. O cansaço e a dificuldade para concentrar-se no trabalho são outros sinais que, reunidos aos primeiros, fazem pensar em diabetes.

Ainda que a origem do diabetes e seu mecanismo de instalação no organismo não sejam suficientemente conhecidos, diversos fatores relacionados ao seu aparecimento já são bem definidos, como: herança genética; lesões pancreáticas diretas; choques; obesidade; sexo e idade. (COSTA e ALMEIDA NETO, 1998).

Segundo Steiner e Lawrence (1992) os diabéticos tipo II produzem insulina e o continuarão fazendo por toda a vida. O que leva os níveis de glicose no sangue a permanecerem altos reside na incapacidade das células musculares e adiposas usarem essa insulina secretada pelo pâncreas. Isso faz com que pouca glicose seja realmente aproveitada pelas células, o que é caracterizada como sendo resistência insulínica.

Neste tipo de diabetes o tratamento pode ser feito apenas com dieta ou medicação administrada por via oral, os comprimidos hipoglicemiantes orais que, após sua ingestão, produzem queda na taxa de açúcar (glicose) existente no sangue. (Steiner e Lawrence, 1992)

A Ingestão da glicose pelo indivíduo ocorre de várias formas, como por exemplo, amido existente no arroz, batata e massas; ou a lactose presente no leite; como também a frutose presente nas frutas e, principalmente, a sacarose, presente com abundância no açúcar refinado. Integrantes do grupo dos glicídios, essas substâncias, ao passarem pelo processo de digestão são absorvidas, já como, glicose. No indivíduo sem diabetes, ao entrar no sangue, a glicose estimula a secreção de insulina pelo pâncreas e permitirá que o organismo use a glicose para várias finalidades, tais como fornecimento de energia e produção de matéria prima para as células do corpo. (STEINER e LAWRENCE, 1992)

2.3 Estratégia Saúde da Família

O Ministério da Saúde criou, em 1991, o PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, que tinha como principal objetivo fazer frente aos altos índices de morbimortalidade infantil e materna, principalmente na região Nordeste. (BRASIL, 2002b).

A partir desse enfoque dado pelo PACS – ações preventivas com o foco na família – surgiu, em 1994, o Programa Saúde da Família, que trazia a responsabilidade de mudar o modelo assistencial, saindo da passividade das unidades básicas de saúde e levando as ações até a comunidade, buscando interagir com a mesma neste trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde, o PSF “deveria promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema” (BRASIL, 2001).

Entretanto, somente com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS 01/96) que instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), o PSF ganhou maior incentivo para seu desenvolvimento, uma que, além promover o fortalecimento da Atenção Básica, definia quais as responsabilidades dos gestores municipais em relação ao programa.

Na conceituação do Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família constituía “uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios e doentes, de forma integral e contínua” (BRASIL, 2001).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde são objetivos específicos do ESF:

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997, p. 10),

O detalhamento e a atenção quanto aos princípios norteadores e organizacionais da nova estratégia em saúde, se mostraram fundamentais para que houvesse certa eficácia na implantação do sistema e para que os objetivos fossem alcançados.

Segundo a Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, cada Equipe de Saúde da Família deve contar, no mínimo, com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, considerando a proporção de um agente para, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 1997).

Embora seja definido um quadro mínimo de profissionais para cada equipe, esse número pode ser aumentado segundo as necessidades e condições de cada município. Para atender às necessidades da população sob sua responsabilidade, é fundamental que

a ESF funcione de forma integrada quanto aos profissionais, com cada um dos atores exercendo adequadamente suas atribuições responsabilidades, proporcionando condições para que a equipe como um todo alcance os objetivos do programa.

As ações em educação em saúde são fundamentais para a condução de programas com bom retorno, uma vez que, na visão da população sobre a assistência e serviços de saúde, ainda prevalece a cura da doença e medicalização para se obter qualidade de vida. Essa é uma dificuldade evidenciada na maioria das comunidades onde as equipe da Estratégia Saúde da Família atuam. Portanto, para que a população perceba o sistema de saúde de uma forma mais ampliada, faz-se necessário, antes de tudo, que os profissionais acreditem e apostem nessas mudanças e nos benefícios para a saúde de toda a população. Vale ressaltar que a mudança para uma visão e concepção voltadas à promoção e prevenção em saúde é um processo longo de ações que precisam ser planejadas e avaliadas constantemente (ROECKER; BUDO; MARCON, 2012).

O processo de educação em saúde deve ser desenvolvido conforme a necessidade, capacidade, interesse, cultura e conhecimento individual e coletivo, e tem de ser planejado e executado de forma estruturada e sistematizada. As ações de educação em saúde podem ser realizadas no âmbito individual, na forma de grupos ou para uma grande população. As ações educativas realizadas no âmbito individual também contribuem para promoção e prevenção, e, em longo prazo, podem modificar o conceito de saúde, não somente para a reabilitação (ROECKER; BUDO; MARCON, 2012).

Carvalho (2012) afirma que a simples criação de políticas e/ou programas para prevenção de doenças não garante a resolução de problemas. É necessário que exista adesão às políticas por parte dos acidentes, e isso depende de o paciente saber sobre sua condição de saúde, de estar comprometido com o tratamento, e da equipe, que deve estar atuante através de esclarecimentos e incentivo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa do tipo de relato de experiência, que iremos descrever a implementação do Programa Hiperdia na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Miranda/MS. A coleta de dados foi realizada através de consultas à documentos como tabelas e planilhas arquivadas na ESF, assim como a observação durante encontros dos participantes do programa, sem pesquisa direta o entrevistas.

Segundo o IBGE (2010) Miranda conta com uma população de aproximadamente 26 mil habitantes (IBGE, 2014). Está localizada a 205 km da capital (Campo Grande), com grande parte de sua área territorial inserida no bioma Pantanal. Possui dois assentamentos rurais (132 famílias assentadas) e oito aldeias indígenas com cerca de 6.500 habitantes. Este grupo recebe atenção em saúde do Governo Federal através da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI.

O município conta com um hospital público (20 leitos), uma Unidade Básica de Saúde e duas unidades de ESF.

Consultório Dentário	01
Consultório Médico	01
Sala de Fisioterapia	01
Sala de Enfermagem	01
Sala de vacinação	01
Sala de Procedimentos	01
Sala de Pré-consulta	01
Sala de recepção	01
Cozinha	01
Sanitários	03

Quadro 03: Estrutura da UESF Deidâmia Barbato Albuquerque

Em relação aos recursos humanos, a unidade de Estratégia de Saúde conta com os seguintes profissionais:

Enfermeira	01
Odontólogo	01
Técnico de Enfermagem	01
Serviços Gerais	02
Auxiliar de Consultório Dentário	01
Médico	01
Fisioterapeuta	01
Auxiliar de Enfermagem	01
Agentes Comunitários de Saúde	10
Auxiliar Administrativo	01
Técnico em Higiene Dental	01

Quadro 04: Recursos humanos da ESF de Miranda

Hoje o programa Hiperdia de Miranda faz parte das ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em três unidades – Deidâmia Barbato Albuquerque, Central e Victorio Vedovato. Nesta ESF a área de abrangência conta com dez agentes de saúde, que atendem 1.340 residências, num total de 4.537 pessoas, sendo 2.319 do sexo feminino e 2.218 do masculino. Ao todo são atendidos 146 pacientes pelo Hiperdia na ESF estudada, sendo que alguns são tanto hipertensos como diabéticos, outros são apenas diabéticos e a maioria é apenas hipertensa. Desse total, a participação mensal média nas reuniões em 2013 foi de 58 pessoas.

O trabalho teve por base conhecer o processo de evolução do programa dispensado pela ESF através da consulta a documentos da Secretaria Municipal de Saúde, da Unidade Básica de Saúde e anotações da própria autora, que há anos atua na área de saúde pública em Miranda. Para tanto foram coletados dados relativos às reuniões ocorridas em 2013, por meio de consulta a planilhas e tabelas da UESF, assim como observação durante as reuniões mensais que são realizadas envolvendo a área de abrangência da unidade. Os trabalhos foram realizados de forma repetitiva em ocasiões alternadas, uma vez que a presença dos participantes não é contínua. Uns vão a algumas reuniões, outros vão a outras reuniões e assim por diante. A alternância permitiu atingir quase a totalidade dos participantes do programa. Assim, configurou-se um “estudo de caso”.

RESULTADOS E ANÁLISE

O Programa Hiperdia começou a ser implantado no ano de 2002 em Miranda/MS, e passou a atender os bairros Nova Miranda (o maior da cidade), Beira Rio e Vila Bodoquena (dois bolsões de famílias com baixa renda). Posteriormente um prédio da Prefeitura foi adaptado para receber o programa. Desde do início eram realizados grupos de acompanhamentos com pacientes com HAS e DM, as reuniões eram trimestrais, e se restringiam a aferição de pressão arterial, dosagem da glicemia e uma palestra do médico responsável pela área.

Com o passar do tempo foram instituídos outras duas ESF com o intuito de atender as demais regiões. As ESF contam com 38 agentes comunitários de saúde que têm sob sua responsabilidade 3.179 residências, com uma população estimada em 10.745 habitantes. A estrutura de saúde da cidade está em construção, por isso estão em fase de implantação de outras unidades, ressaltando que cerca de seis mil habitantes são indígenas aldeados.

Em relação ao acompanhamento dos pacientes com HAS e DM, foram sendo fortalecidas as reuniões com os integrantes do Hiperdia, essas reuniões passaram a ser mensais, acrescentando-se à programação um café da manhã saudável e a diversificação das palestras. A partir deste ano (2014) as reuniões passaram a ser semanais, sempre em locais alternados para facilitar o deslocamento dos integrantes, a quase totalidade formada por idosos.

O gráfico 01 mostra a evolução real do número de pacientes atendidos pelo Programa Hiperdia na ESF entre os anos de 2002 e 2013, podendo se verificar que o crescimento mais acentuado e constante ocorreu entre os anos de 2005 e 2007. A manutenção do mesmo número de pacientes atendidos em dois anos diferentes tende a colocar em dúvida se houve atualização dos cadastros.

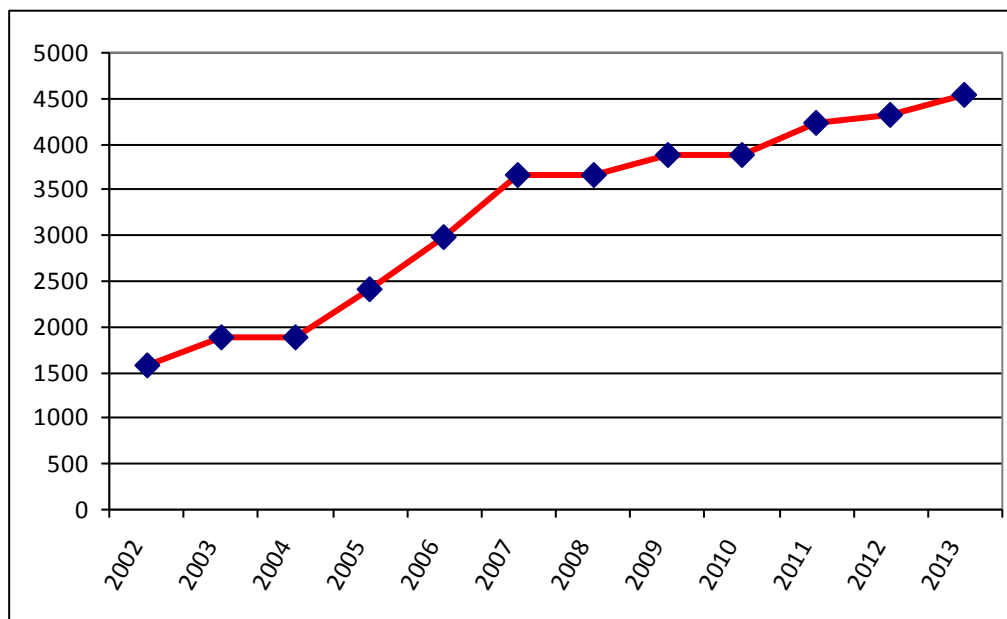


Gráfico 01: Habitantes atendidos pelo da ESF pesquisada 2002 - 2013

Fonte: A autora (2014)

Além das visitas domiciliares dos agentes do ESF, e dos encontros mensais, os participantes do Hiperdia devem comparecer à Unidade de Saúde da Família uma vez por mês, quando é feita aferição da pressão, medidos os níveis de glicose, realizada a pesagem, feita a consulta médica e prescritos os medicamentos. Esses medicamentos normalmente são os mesmos indefinidamente, retirados junto à farmácia básica mediante a apresentação da receita e da carteirinha de beneficiário. Em vários casos a medicação é complementada através da farmácia Popular, ou mesmo particular, quando não é encontrada na farmácia da unidade de saúde.

Dos 146 pacientes atendidos pelo Hiperdia na ESF estudada, 48 são do sexo masculino e 98 feminino. Considerando que a diferença quanto aos agravos entre os dois gêneros não é tão grande, infere-se que os homens são mais relutantes em participar do programa. As mulheres procuram mais os serviços de saúde, e levam o tratamento mais a sério que os homens, o que constitui dado preocupante, uma vez que muitos homens podem estar acometidos por um dos problemas e não está em tratamento.

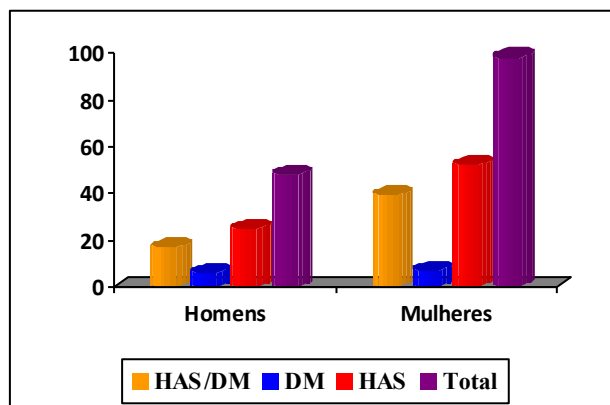


Gráfico 02: Pacientes segundo o agravo e o gênero

Fonte: A autora (2014)

Os gráficos mostram que entre os homens 17 são portadores de HAS e diabetes ao mesmo tempo, enquanto seis são apenas diabéticos e 25 apenas hipertensos. Já entre as mulheres, 39 apresentam HAS e diabetes, outras sete apenas diabéticas e 53 apresentam apenas a hipertensão. Separando apenas por agravo tem-se então 69 pessoas com diabetes e 133 com hipertensão – lembrando que apenas 13 não são hipertensos.

O resultado do gráfico é um pouco preocupante. Embora a incidência de diabetes e hipertensão tenha maior prevalência entre os mais idosos, hábitos alimentares errados e sedentarismo – principalmente – não são exclusividades destes. A hipertensão acomete também os mais novos, mas apenas oito pessoas que participam do programa têm menos que 40 anos, e outros 20 estão entre 41 e 50 anos. Entretanto, a grande maioria da população está na faixa etária abaixo de 50 anos, mas apenas cerca de 21% dos integrantes do programa pertencem à essa faixa.

Diversos fatores podem contribuir para esse resultado, como a ausência de sintomas, a não consulta ao médico e, portanto não sabe que tem a doença, a ausência no domicílio quando da visita do agente e a resistência a integrar grupo de tratamento, por considerar que é coisa de velho. Com 57,5% dos participantes, as pessoas entre 51 e 70 anos constituem a maioria dentro do programa. São pessoas que procuram um pouco mais o apoio para o tratamento, estão dentro de uma faixa de risco mais acentuada e têm mais tempo disponível para reuniões e ações em saúde.

No caso dos números da glicemia, eles refletem o teste de glicemia realizado durante o encontro do programa. Fator preocupante foi apresentado no gráfico, uma vez que entre os 69 pacientes portadores de diabetes apenas quatro apresentaram índice satisfatório de glicose no sangue (até 110 mg/dl) e o grupo limítrofe (de 111 a 130 mg/dl) mostra somente oito pessoas. Com mg/dl entre 131 e 150 conta com 11

pacientes. Os dois grupos maiores apresentam entre 151 e 170 mg/dl (16 pessoas) e 171 e 190 mg/dl (19 pessoas) constituindo 50,1% dos participantes. Muito alto também o número de pessoas com índices superior a 190 mg/dl (11), sendo que em dois deles era maior que 230 mg/dl. Entretanto esses números podem estar subvalorizados, uma vez que se sabe ser comum ao paciente mascarar a verdadeira situação, apertando a dieta às vésperas da aferição da glicemia. Somente um exame de hemoglobina glicada poderia mostrar a média real da dosagem

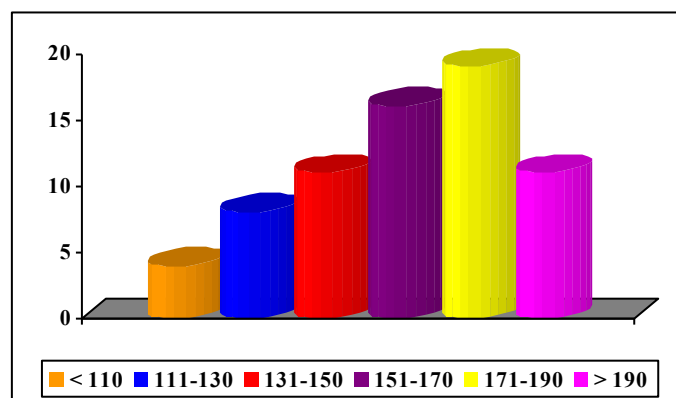


Gráfico 03: Pacientes segundo valores de MG/DL da glicemia em jejum

Fonte: A autora (2014)

Isso mostra que em algum ponto da cadeia está havendo falhas. Seja quanto ao tratamento, à medicação, aos hábitos do paciente, e assim por diante. Mesmo assistidos pelo programa Hiperdia, mesmo com a visita regular do agente do programa ESF, mesmo com a visita periódica à ESF, os valores da glicose no sangue estão acima do aceitável.

Neste caso o universo pesquisado foi de 133 pacientes, uma vez que, do universo total de inscritos no Hiperdia, foram excluídos 13 que são diabéticos. Os números mostram que 12 pacientes tinham a pressão considerada normal ou limítrofe, ou seja, variando entre 85-89PAD e 135-139PAS. Outros 86 pacientes apresentaram hipertensão leve, com variações entre 90-99PAD e 140-159PAS. Quanto à hipertensão moderada 23 pacientes estavam inseridos nesse grupo, com variações entre 100-109PAD e 160-179PAS. A hipertensão grave, quando os cuidados devem ser ainda maiores, acometia 6 pacientes com a PAD acima de 110, e a PAS acima de 180.

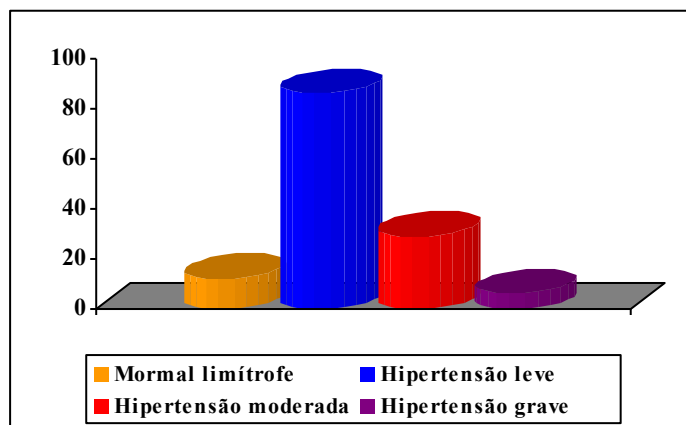


Gráfico 04: Pacientes segundo valores de PAD/PAS

Fonte: A autora (2014)

Uma das explicações para os altos números quanto à taxa de glicose e à hipertensão pode estar nos hábitos dos pacientes, uma vez que mesmo entendendo os perigos da doença, é comum a resistência à regularidade da medicação. Muitas vezes não por vontade própria, mas por esquecimento. Também é muito comum a falta de exercícios físicos, principalmente entre os mais idosos, assim como alimentação deficiente. Tanto exercício físico quanto alimentação saudável e em horários regulares, são muito importantes para ajudar a controlar o metabolismo.

Infelizmente em relação à dieta a responsabilidade não é inteiramente do paciente, uma vez que, a grande maioria deles é oriunda das camadas mais à base da pirâmide social. Isso faz com que integrem aquele contingente da população que se alimenta – na melhor das hipóteses – com o tradicional cardápio popular de Mato Grosso do Sul: arroz, feijão, bife, mandioca e ovo. A salada não é exatamente uma predileção nessas camadas sociais. Frutas também não se fazem presentes com muita frequência na maioria das mesas. A dieta termina sendo rica em carboidratos, que se transforma em glicose, e proteínas.

No caso específico dos diabéticos e hipertensos atendidos pelo programa Estratégia de Saúde da Família na ESF de Miranda no Estado de Mato Grosso do Sul, verifica-se que os pacientes têm certa relutância em mudar seu hábito de vida, o que é preponderante para o combate ao diabetes e à hipertensão. Isso fica claro diante dos altos índices glicêmicos e de pressão arterial, e também pela ausência de visita regular ao médico.

A visita regular ao médico também não é uma prática constante já que, segundo as planilhas da ESF, somente 16 pacientes o fazem regularmente. Outros 48 o fazem

apenas ocasionalmente e 82 raramente vão ao médico, sendo que nas planilhas dos últimos três anos não foram encontrados os nomes de 69. A resistência está em que, considerando doença crônica de medicação contínua, entendem que basta continuar tomando os medicamentos e evitando o sal e o açúcar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora sejam dois programas com objetivos importantes no que tange à saúde pública, a Estratégia Saúde da Família e o Hiperdia parecem estar mantendo o modelo vivido por décadas no Brasil, o de curar os agravos diagnosticados. Enquanto conscientização e prevenção os resultados, aparentemente, não alcançaram os objetivos propostos, embora se tenha percorrido um caminho que permite identificar esses agravos com antecedência e realizar o monitoramento dos mesmos.

A administração pura e simples de medicamentos não é a panacéia para o diabetes e a hipertensão. Exercícios físicos e dietas são fundamentais, pois, para o diabético, é importante evitar a obesidade ou mesmo o sobrepeso, uma vez que isso dificulta a absorção da glicose pelas células. Alguns alimentos possuem alto teor glicêmico e devem ser evitados, ou consumidos moderadamente. Algumas combinações de alimentos também devem ser evitadas. Também para o hipertenso a dieta e os exercícios físicos são importantes.

Um dos problemas verificados no serviço de saúde pública é em relação aos medicamentos, uma vez que eles fazem parte de uma lista única. Ou seja, o médico pode receitar o que medicamento que ele julgar mais adequado, desde que ele esteja disponível no sistema da farmácia básica, uma vez que, em se tratando de medicação contínua, os preços praticados nos estabelecimentos comerciais terminam sendo proibitivos para os pacientes mais pobres.

Por outro lado, a cobertura do programa Estratégia e Saúde da Família demorou muito para evoluir satisfatoriamente. Somente a partir de 2013 é que entrou em funcionamento a terceira unidade, sendo que até 2011 existia apenas uma. A isso some-se a ausência de uma unidade para atender a zona rural, alguns bairros excluídos das unidades atuais e a área central, têm-se um número de habitantes da ordem de aproximadamente nove mil sem cobertura. Não somando a esse número a comunidade indígena aldeada cuja responsabilidade na área da saúde é da SESAI.

Percebe-se claramente que muitos avanços foram conseguidos, mas em termos de saúde pública ocorre em Miranda o mesmo que em todo o Brasil. Muitos são os pontos de estrangulamento nos programas que atendem os diabéticos e os hipertensos. Ou chegar-se-á a um ponto onde o sistema fará de conta que atende e o paciente fará de conta que acredita.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabete mellitus**. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Número de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão por sexo, tipo e risco**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/hiperelhiperrisco.asp>. Acessado em: 21/02/2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília. Ministério da Saúde. 2002.
- CARVALHO, Andre Luis Menezes et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, jul. 2012
- CECIL, R.L. **Tratado de medicina interna**. 19a ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1993.
- COSTA, A. A.; ALMEIDA NETO, J. S. **Manual de Diabetes**, 3. ed. São Paulo, Sarvier: 1998.
- FERNANDES, F. J. **A prática da avaliação física**. Testes, medidas e avaliação física em escolares, atletas e academias de ginástica. 2. ed., Shape, Rio de Janeiro, 2003.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos e Estimativas. Disponível em: www.ibge.gov.br/. Acessado em: 21/02/2014.
- INSTITUTO DE HIPERTENSÃO. Cuidados com a pressão arterial. Disponível em: <http://www.institutodehipertensao.com.br/pressaoarterial.asp>. Acessado em: 20/02/2014.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Genebra: OMS; 2005.
- PERES, M.A.; *et al.* Desigualdades no acesso e na utilização dos serviços odontológicos no Brasil: análise do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 90-100, 2012.
- ROECKE, S. BUDO, M.L.D. MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. 2012; 46 (3): 641-9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**, 2006. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso>
Acessado em 20/02/2014.

STEINER, G. M. D; LAWRENCE, P. A. **Educando o paciente diabético**. São Paulo: Andrei, 1992.

VARELA, Drauzio. **Calculadora de IMC**. Disponível em: <http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/imc.asp>. Acessado em: 20/02/2014.