

RIVANALDO JOSÉ DOS SANTOS

**ATUALIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO: RECADASTRAMENTO
DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO PROGRAMA HIPERDIA NA
UNIDADE DE ESF I - FRIDOLIN WINTELLER NO MUNICÍPIO DE
SATUBA-AL.**

**CAMPO GRANDE - MS
2013**

RIVANALDO JOSÉ DOS SANTOS

**ATUALIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO: RECADASTRAMENTO
DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO PROGRAMA HIPERDIA NA
UNIDADE DE ESF I - FRIDOLIN WINTELLER NO MUNICÍPIO DE
SATUBA-AL.**

Projeto de Intervenção apresentado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para conclusão do curso de Pós Graduação à nível de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.
Orientadora: Prof^a Espec. Beata Catarina Langer.

**CAMPO GRANDE - MS
2013**

RESUMO

OBJETIVO: Trata-se de uma atualização do sistema de informação dos hipertensos e diabéticos da unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF I) – Fridolin Winteller localizada no município de Satuba-AL. Tem-se como meta cadastrá-los no programa HiperDia, tendo em vista a importância destas duas doenças para saúde pública no seu contexto clínico epidemiológico e social. Atualizar o sistema de informação recadastrando os hipertensos e diabéticos no programa HiperDia. Contribuir para o plano de ações estratégicas para o município. Contribuir indiretamente para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil DCNT 2011-2022. **MÉTODOS:** A coleta dos dados foi dividida por micro áreas com prioridade para os pacientes acamados e/ou amputados impossibilitados de caminhar até o posto; através do agendamento para consultas de acompanhamento; em momento oportuno na unidade; entre as consultas médicas; nas entregas de medicação; aleatoriamente no momento da pré-consulta; no acolhimento. **RESULTADOS:** Foram recadastrados 179 pacientes desta forma 47% dos pacientes do sexo masculino e 73% são mulheres. Dos 179 pacientes classificados como hipertensos e diabéticos 71% possuem (HAS); 28% (DM); e 34% (HAS + DM), todos os pacientes cadastrados (100%) fazem uso medicação anti-hipertensivas, hipoglicemiantes orais e 3,51% fazem uso de insulino terapia. **CONCLUSÕES:** Comprovam-se as evidências de que a baixa escolaridade e as condições sócio-econômicas desfavoráveis contribuem para o baixo discernimento no processo saúde doença em questão aliados a inatividade física. O alto índice de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis mostra a importância dessas patologias para a saúde pública no Brasil. Nestas condições o difícil processo de transição de mudança para o hábito de vida saudável pode contribuir para redução das complicações do Diabetes e a Hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão, Diabetes, Recadastramento.

ABSTRACT

OBJECTIVE: This is an update of the information system of hypertensives and diabetics. It has been the goal register them in the program HiperDia in view the importance of these two diseases to public health in its clinical epidemiological and social context. Update the information system relisting hypertensive and diabetics in the program HiperDia. Contribute to the strategic action plan for the city. Contribute indirectly to cope with Chronic Non-Communicable NCDs in Brazil from 2011 to 2022. **METHODS:** Data collection was divided by micro-priority grounds for bedridden patients and / or amputees unable to walk to the post; through the schedule for follow-up visits, at an appropriate time in the unit; between medical appointments, deliveries of medication; randomly at the time of pre-consultation; hospitality. **RESULTS:** 179 patients were relisted this way 47% of males and 73% are women. Of the 179 patients classified as hypertensive and diabetic patients have 71% (SAH), 28% (DM) and 34% (SH + DM), all enrolled patients (100%) reported using antihypertensive and hypoglycemic and 3, 51% make use of insulin. **CONCLUSIONS:** It is proven evidence that poor education, unfavorable socioeconomic conditions contribute to low discernment in the health condition in question coupled with physical inactivity. The high rate of morbidity and mortality from chronic diseases shows the importance of these diseases to public health in Brazil. Under these conditions the difficult process of transition to change the habit of healthy living can contribute to reduction of complications between Diabetes and Hypertension.

Keywords: Hypertension, Diabetes, relisting

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 Gerais	8
2.2 Específicos.....	8
3 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	9
4 DADOS ENCONTRADOS NAS INTERVENÇÕES.....	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
6 CRONOGRAMA	18
7 REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento organizado dos hipertensos e diabéticos de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode depender inicialmente, para melhores resultados, do cadastro atualizado desses pacientes. Na unidade de ESF I – Fridolin Winteller, localizada no município de Satuba-AL, foi encontrada a seguinte situação: pacientes sem cadastro no programa de hipertensos e diabéticos HiperDia; cadastro existente desatualizado há mais de 4 anos com apenas 60 fichas.

Em decorrência de tais fatos foi percebida a existência de um número relativamente elevado de consultas de urgências por motivos como problemas decorrentes de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitos (DM). Pacientes considerados Hipertensos ou diabéticos que talvez não estivessem fazendo uso contínuo de terapias anti-hipertensivas ou de cuidados efetivos, dentre outros. Ainda comprovando essa estatística a quantidade de pessoas com essas patologias foi acima do número que constavam no cadastro inicial encontrado.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes no Brasil. As DCNT atingem fortemente as camadas pobres da população e grupos vulneráveis¹. Por essas questões observa-se a responsabilidade do papel da prevenção da Atenção Básica no atendimento e acompanhamento do HiperDia.

Estima-se que em 2010 a população diabética do globo atingirá 221 milhões de pessoas e em 2025 irá acometer mais de 300 milhões de habitantes do planeta². Os dados apontam um crescente número de pacientes com acometimento dessas duas patologias consideradas como doenças crônicas não transmissíveis.

Na prática da atenção primária a saúde a identificação do número real HAS de pacientes de uma determinada área geográfica é fundamental para o planejamento de ações de promoção e atenção à saúde³. Há algumas décadas as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil, HAS e DM constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. A HAS está relacionada a 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e a 60% dos casos de doença Isquêmica do coração⁴.

No Estado de Alagoas, assim como no nordeste, existe a predominância de pessoas de cor negra ou parda, fato que possivelmente pode contribuir para aumentar os indicadores do número de HAS. A etnia negra é um forte fator predisponente a HAS, deixando as pessoas afro-brasileiras expostas aos riscos coexistentes, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas às pessoas de etnia branca⁵. Na ESF em questão ainda não existem dados suficientes para um perfil, uma vez que constam apenas 33% entre hipertensos e diabéticos cadastrados os 77% restantes não estão cadastrados.

Para Tanto os objetivos principais do HiperDia é de permitir o monitoramento dos pacientes cadastrados na rede ambulatorial. Para posterior aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de maneira sistemática⁶. Entretanto a falta de informações pode também trazer prejuízos ou falta de medicamentos suficientes ou insumos para o tratamento a este grupo.

Além disso, o município também pode sofrer com essa falha no cadastramento no sistema de gerenciamento por alguns motivos: por dificultar o trabalho da epidemiologia; subestimar um problema de saúde pública, expor dados irreais; impedimento de ações futuras para mudanças necessárias no perfil; retardo da melhora da situação de saúde do município devido aos indicadores desatualizados.

Essas patologias referidas neste projeto de intervenção por serem, em alguns casos, de início assintomático são condições clínicas em que cuja totalidade dos casos pode estar subestimada em uma população⁷. No entanto percebe-se que o controle gerenciamento e acompanhamento precoce parece ser um caminho ou uma saída para reduzir as complicações futuras.

O programa HiperDia soma-se a outras ações de profissionais de saúde. Tem o objetivo de acompanhar este grupo, principalmente os mais vulneráveis. Possui a proposta de prevenir as complicações da não adesão ao tratamento por estas doenças e ao fato de distribuição de medicamento para o tratamento médico⁸.

Corroborando com essas informações conclui-se que essas duas DCNT são de grande importância epidemiológica se for considerado a taxa de mortalidade por estas causas. A prevenção de complicações cardiovasculares pode constituir um fator importante para tentar reverter esse quadro.

Vale ressaltar que é importante proceder à atualização cadastral que será a primeira fase de um processo a ser construído para posterior acompanhamento e monitoramento.

Considerando que a informação em saúde é essencial para subsidiar a construção de indicadores devido à relevância para saúde pública. Assim se faz necessário a intervenção como medida inicial para solução dos problemas referentes às condições apontadas. Partindo da monitorização e classificação de riscos dos usuários vulneráveis nessas situações. Tendo como foco principal o objetivo de atualizar o sistema de informação e recadastrar os hipertensos e diabéticos no HiperDia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Recadastrar e analisar os dados dos hipertensos e diabéticos no HiperDia, na unidade de ESF I Fridolin Winteller localizada no município de Satuba-AL,

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Atualizar o sistema de informação recadastrando os hipertensos e diabéticos no programa HiperDia.
- ✓ Conhecer o perfil da população cadastrada.

3 ANÁLISE ESTRATÉGICA

Trata-se de uma atualização do sistema de informação dos hipertensos e diabéticos. A meta será cadastrá-los no programa HiperDia, tendo em vista a importância destas duas doenças para saúde pública no seu contexto clínico epidemiológico e social.

Atualização do HiperDia consiste em resgatar o cadastro daqueles que há algum tempo foram cadastrados e cadastrar aqueles pacientes com diagnóstico de hipertensão e diabetes que ainda não foram cadastrados no sistema da Atenção Básica. Uma vez que o monitoramento e acompanhamento destes pacientes passaram a ser visto, há uma década no plano de reorganização da HAS E DM, como uma das atribuições das equipes de ESF na atenção primária à saúde⁹.

As doenças crônicas não transmissíveis constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco⁹. Doenças crônicas como hipertensão arterial e o diabetes podem requerer monitorização e acompanhamento devido ao grande potencial de complicações e seu alto custo para os governos.

As doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar entre as causas de morte, sendo responsáveis por 29,4% dos óbitos em 2008. Em 2007, foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33¹⁰.

Os Sistemas de Informação em Saúde são importantes para o conhecimento do perfil epidemiológico da população, subsidiando os tomadores de decisão na elaboração de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde¹¹. Além disso, favorecem o monitoramento e a avaliação das intervenções realizadas.

A coleta dos dados foi dividida por micro áreas e será realizada na companhia dos seus respectivos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), procedendo da seguinte forma: com prioridade aos pacientes acamados e/ou amputados impossibilitados de caminhar até o posto; através do agendamento para consultas de acompanhamento; em momento oportuno na unidade; entre as consultas médicas; nas entregas de medicação; aleatoriamente no momento da pré-consulta; no acolhimento antes de

qualquer das consultas.

No entanto a amostra existente será realizada em todos os hipertensos e diabéticos das micro-áreas da unidade, um número aproximado de 180 pessoas, sendo que o número total da população da unidade é de 3200 pessoas. O período foi de 01/10/12 a 15/01/2013 e o instrumento de coleta de dados foi através da ficha de cadastramento do programa HiperDia. A ESF I fica localizada no Bairro Fridolin Winteller no Município de Satuba-AL. As variáveis utilizadas na coleta de dados serão as existentes na ficha do HiperDia, da qual pode-se traçar um perfil epidemiológico com base nessas variáveis.

O município de Satuba-AL caracteriza-se por uma área total de 42,60 Km² e uma população total de 14.600 habitantes distribuídos entre 7.497 mulheres e 7.106 homens, densidade demográfica de 342,57 habitantes/Km²; razão por sexo é de 94,80. A média de moradores por domicílios é de 3,82. A tabela seguinte mostra a distribuição de idade da população total do município¹².

POPULAÇÃO TOTAL DO MUNICÍPIO SATUBA - AL

FAIXA ETÁRIA	HOMENS	MULHERES
100 ANOS OU MAIS	1	4
95 A 99 ANOS	1	4
90 A 94 ANOS	7	11
85 A 89 ANOS	15	10
80 A 84 ANOS	31	27
75 A 79 ANOS	61	74
70 A 74 ANOS	102	101
65 A 69 ANOS	112	145
60 A 64 ANOS	170	186
55 A 59 ANOS	217	252
50 A 54 ANOS	308	353
45 A 49 ANOS	427	428
40 A 44 ANOS	533	573
35 A 39 ANOS	514	624
30 A 39 ANOS	585	603
25 A 29 ANOS	644	702
20 A 24 ANOS	665	736
15 A 19 ANOS	743	731
10 A 14 ANOS	782	756
5 A 9	647	641
0 A 4	541	536

FONTE: Censo 2010 IBGE

A distribuição por cor ou raça é de 64% parda; 28,08% branca; 6,1% negra; 1,3% amarela. A situação dos domicílios é de 12,800 habitantes que moram na zona urbana e 1800 que moram na zona rural aproximadamente. O total de pessoas alfabetizadas é 10.919, (74,78%). O abastecimento de água é feito da seguinte forma: 700 domicílios por poço ou nascente na propriedade e o restante de rede geral de abastecimento, (água encanada). Atividade econômica produtiva é de: 32,2% indústria; 5,3% agropecuária; 62,5% de serviços.

4 DADOS ENCONTRADOS NAS INTERVENÇÕES

Perfil populacional

Foram recadastrados 179 pacientes distribuídos de acordo com os dados mostrados nas tabelas. Ao todo foram realizadas 94 visitas domiciliares, além daquelas que foram agendadas com o objetivo exclusivo de recadastramento. Na ocasião e em momento oportuno também foram realizadas consultas para atendimentos de rotina utilizando a ficha do MS para esta finalidade.

O perfil encontrado mostrou que existem mais mulheres do que homens. Talvez porque estas procuram mais o tratamento na unidade. Embora o sexo não seja fator de risco para hipertensão, a maioria das mulheres se mostram mais cuidadosas com a saúde de que os homens¹³. O resultado foi de: 47% dos pacientes do sexo masculino e 73% são mulheres.

Deve-se reforçar a ideia de que muitos homens não gostam de frequentar a unidade de saúde. Talvez esse fato seja por pura e simples ignorância ou pelo fato da hipertensão ser assintomática na maioria das vezes. Há casos em que os homens se utilizam da medicação anti-hipertensiva da própria esposa. Alguns não foram encontrados nas residências porque estavam em horário de trabalho. Esses são os motivos pelo qual a maioria dos pacientes sejam mulheres já que o sexo não é critério de risco para hipertensão. A tabela a seguir mostra como ficou a distribuição entre as cinco micro áreas.

Tabela 1 Distribuição Por Sexo

Micro Áreas	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total = %
Homens	9	9	8	11	10	47/(26,25%)
Mulheres	23	24	30	30	25	132/(73,75%)
Total	32	33	38	41	35	179/ (100%)

Fonte: ficha do HiperDia/ recadastramento2012

Quanto à classificação das patologias, foram encontrados no total de acordo com a tabela a seguir: dos 179 pacientes classificados como hipertensos e diabéticos 71% possuem (HAS); 28% (DM); e 34% possuem as duas doenças. Todos os usuários hipertensos cadastrados (100%) fazem uso medicação anti-hipertensiva e hipoglicemiante orais, no caso dos diabéticos. Fazem uso de insulino terapia 3,51% dos pacientes diabéticos. As medicações básicas mais utilizadas são: enalapril 10 mg; hidroclorotiazida

25 mg; losartana potássica 50 mg; atenolol 5 mg; metformina 500/850 mg; glicazida 30/80 mg e glibenclamida 5mg.

Tabela 2 Distribuição de acordo com os diagnósticos e classificação

AGRAVOS	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	TOTAL %
HAS	24	30	27	27	20	128/71%
DM	4	3	5	5	11	28/15%
HAS+ DM	4	11	6	9	4	34/18%
TOTAL	32	33	38	41	35	179=100%

Fonte: ficha do HiperDia/ recadastramento2012

Como a etnia ou raça constitui fator de risco para hipertensão, as mulheres negras adoecem mais de HAS do que as mulheres brancas. “A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca¹³”. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130%. Em relação às pessoas de cor branca ainda não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.

Tabela 3 Raça/cor

RAÇA/COR	*Etnia/raça/cor					Total
	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	
Branco	11	10	9	13	10	54/30%
Negro	4	5	5	6	7	27/15%
Pardo	16	18	24	22	18	98/54%
Amarelo	1	0	0	0	0	1/0.55%
Total	32	33	38	41	35	179/100%

Fonte: ficha do HiperDia recadastramento2012 *Pessoas Que se declararam de acordo com sua opinião

Legenda: M1=micro área 1; M2=micro área 2 M3=micro área 3; M4=micro área 4; M5=micro área 5

A tabela nº4 mostra o grau de escolaridade existente expõe o comprometimento do grau de instrução e, além disso, não foram avaliados os analfabetos funcionais nesses dados. Um estudo realizado no município de São José do Rio Preto-SP revelou que a prevalência da hipertensão arterial é maior nas classes sociais com escolaridade mais baixa¹⁴, desta forma a baixa escolaridade pode contribuir como mais um fator de risco para a população estudada.

Tabela 4 Grau de instrução

*ESCOLARIDADE	TOTAIS=%
Não sabe ler/escrever	37=20%
Alfabetizado	57=32%
Ensino fundamental/incompleto	63=34%
Ensino médio completo/incompleto	23=12%
Total geral	179=100%

Fonte: ficha do HiperDia recadastramento201

*De acordo com as respostas no cadastro.

Os riscos para complicações das HAS são de forma crescente, ou seja, evoluem caso não ocorram quebra desses fatores. Eles se potencializam com o passar do tempo caso não haja tratamento efetivo. Os fatores são: os antecedentes familiares; diabetes tp II; sedentarismo; hipertensão arterial; obesidade além da circunferência abdominal acima da recomendada pelo MS. Esses são fatores que necessitam de incentivo para mudança dos hábitos e costumes para o hábito de vida mais saudável.

Tabela 5 Riscos concomitantes

Fatores de risco concomitantes	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total = %
Antecedente cardiovascular	10	16	11	7	10	54/29%
Diabetes tipo II	8	14	11	14	10	57/31%
Sedentarismo	14	25	20	18	9	86/47%
Sobrepeso/obesidade	29	20	29	18	37	133/73%
Hipertensão arterial sistêmica	24	25	36	36	30	151/82%
Tabagismo	5	4	5	5	3	22/12%

Fonte: ficha do HiperDia recadastramento2012.

Legenda: M1=micro área 1; M2=micro área 2

M3=micro área 3; M4=micro área 4; M5=micro área 5

Os riscos são classificados de acordo os resultados obtidos na estratificação (presentes na ficha do HiperDia) os quais incluem os diversos fatores. Estão distribuídos em cinco níveis de gravidade começando pelo baixo, pouco aumentado, moderado, grave e muito grave. Estes dados constituem um importante parâmetro para acompanhamento dos pacientes, sobretudo dos mais graves. A tabela 6 mostra os riscos de co-morbidade presentes na ficha do HiperDia.

Tabela 6 - Classificação quanto ao critério dos Riscos

Risco de co-morbidade	M1	M2	M3	M4	M5	Total=%
Riscos de acordo com a classificação encontrada estratificação						
Risco baixo	8	12	9	11	3	43/24%
Pouco aumentado	10	8	12	15	9	54/30%
Moderado	8	6	10	6	14	44/24%
Grave	6	6	5	7	5	29/16%
Muito grave	0	1	2	2	4	9/5%
Total	32	33	38	41	35	179/100%

Fonte: ficha do HiperDia recadastramento2012.

Legenda: M1=micro área 1; M2=micro área 2

M3=micro área 3; M4=micro área 4; M5=micro área 5

Embora 43% da população cadastrada possuam baixo risco devido ausência de fatores como antecedentes cardiovasculares, tabagismo obesidade, boa parte restante possui estes fatores que são progressivos e que podem trazer complicações e que precisam de monitoramento.

A HAS faz parte do grupo de fatores de risco que representam o maior percentual de mortalidade por doenças como acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio. Constitui um agravo à saúde e sua prevalência na população brasileira adulta varia entre 15% e 20% e aumenta progressivamente com a idade¹⁵.

Tabela 7 - sobrepeso/obesidade

Classificação quanto ao critério de peso								
Classificação	IMC	Risco de co-morbidade	M1	M2	M3	M4	M5	Total %
Normal	18 a 24,99	Baixo	7	10	7	9	3	36/20%
Sobrepeso	25 a 29,99	Pouco aumentado	10	7	14	14	10	55/30%
Obeso classe 1	30 a 34,99	Moderado	9	7	10	7	14	47/26%
Obeso classe 2	35 a 39,99	Grave	6	6	5	8	5	30/16%
Obeso classe 3	>40	Muito grave	0	3	2	3	3	11/6%
Total			32	33	38	41	35	179/100 %

Fonte: ficha do HiperDia recadastramento2012 **Legenda:** M1=micro área 1; M2=micro área 2
M3=micro área 3; M4=micro área 4; M5=micro área 5

De acordo com a tabela 7, 30% apresentam sobrepeso, 16% apresentaram obesidade classe 2 e 11% obesidade grave. Para obter essa classificação, que foi realizada considerando o peso como o maior agravante. Outros fatores como a idade, circunferência abdominal e inatividade física também foram avaliados conjuntamente.

O peso inicial elevado e o ganho de peso são fortes preditores do desenvolvimento de hipertensão arterial¹⁶. A mudança para hábitos de vida saudável é importante alternativa para tratamentos não medicamentosos nessas situações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as fichas foram atualizadas. Os atendimentos destes usuários, durante o processo de trabalho na ESF I, proporcionaram conhecimento mais aprofundado sobre a situação de saúde dos mesmos. Esta realidade pode ir além de um simples tratamento medicamentoso.

Bem como a baixa escolaridade e a vulnerabilidade social constituíram fatores agravantes. O desconhecimento das complicações da doença e ausência de sintomas, no caso da HAS, pode levar a indiferença de alguns no tratamento. A obesidade também se comprovou na maioria, mesmo considerando como um dos fatores já consagrados para o desenvolvimento de riscos à saúde.

Acresce também que o baixo nível socioeconômico também contribui para o desnivelamento do acesso a melhores condições de vida e de um envelhecimento mais saudável, “vida sofrida”. A ausência de áreas de lazer como praças públicas para realização de atividade física e caminhadas, entre outros, dificultam a melhoria da qualidade de vida.

Contudo boas partes das pessoas vivem sozinhas com o companheiro, sem a presença dos filhos. Por causa do ciclo familiar muitos dos filhos já estão casados por isso às pessoas em questão vivem sozinhas na maioria. Isso faz com que o uso da medicação por alguns não se faça de maneira correta por desconhecimento (baixa escolaridade). As falta alguém presente para auxiliar como tomar a medicação correta. Mesmo com o auxílio dos ACS e da equipe da unidade, (Alguns só conhecem os medicamentos pelas cores).

A promoção integral da saúde ao incentivar uma alimentação saudável, ampliar de espaços de lazer e atividade física podem contribuir para redução das complicações no futuro. Essas ações já constam nas diretrizes apontadas na política de atenção as DCNT como parte integrante do conjunto de ações da atenção básica. Portanto devem ser efetivadas e ampliadas cada vez mais.

Igualmente, a mudança do hábito de vida pode contribuir para redução das complicações como o diabetes e a hipertensão.

Para tanto o papel desempenhado pela ESF I no acompanhamento efetivo de hipertensos e diabéticos deve ser intensificado e ampliado. A unidade de saúde, como previsto nas políticas da atenção básica, é um espaço acolhedor para haja aproximação dos usuários mais afastados que necessitam de apoio para melhorar sua saúde e prevenção de doenças.

Depreende-se que existem evidências de que a baixa escolaridade e as condições sócio-econômicas desfavoráveis contribuem para o baixo discernimento no processo saúde doença. A educação em saúde tem papel fundamental, mesmo com as dificuldades apontadas. Uma vez que os métodos de educação em saúde mais eficientes ou dinâmicos podem fazer a diferença. Contudo, após as intervenções, houve diminuição nos atendimentos de urgências por motivos como: crises hipertensivas, hiperglicemias. O grupo mais vulnerável está monitorado de forma efetiva.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde BR. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Lenido M, Carvalho RMS. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseado em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Rev. Saúde Pública [serial online]. [Acesso em 25 ago. 2012]. Disponível em:http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_artt.
3. Girotto EA, Selma M, Cabrera MAS. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. Epidemiol. Serv. Saúde. Jun 2010 [Acesso em 24 Ago. 2012]; 19(2): 133-141. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo>.
4. Paulo CRP. Tabagismo, hipertensão e diabetes – reflexões. Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica, [Acesso em 26 ago. 2012] 29 (1): 19-24; 2003. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/33_Tabagismo-Hipertensao-e-Diabetes.pdf.
5. Ministério da Saúde, BR. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
6. Ministério da Saúde, BR. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. Rev. Saúde Pública 2001; 35(5): 490-493. [Acesso em 25 Ago. 2012] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
7. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. Arq Bras Endocrinol Metab [serial online]. Fev. 2009; 53(1): 80-86. [Acesso em 08 Set] 2012, Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo>.
8. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GAM. Qualidade de vida de indivíduos acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto e contexto enferm. 2008;17(4):472 – 9, [Acesso em 08 set 2012] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400007&script=sci_arttext
9. Ministério da Saúde, BR. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. [Acesso em 29 Set 2012], Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>
10. Maciel KF. Rede de apoio social de portadores de hipertensão arterial para o cuidado. Curitiba, 2010. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: [Prática Profissional em Enfermagem]. Setor de Ciências da

Saúde. Universidade Federal do Paraná. [Acesso em 28 Set 2012], Disponível em: www.ppgenf.ufpr.br/DissertacaoKarineFontanaMaciel.pdf

11. Bastos MP. Sistemas de Informação em Saúde: o seu uso no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos: um estudo de caso do Sistema Remédio em Casa utilizado no município do Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. [Acesso em 25 Set 2012], Disponível em:

http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2501/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Bastos_Maria_Pappaterra.pdf

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Censo demográfico [online] 2010 [Acesso em out 2012] Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.

13. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. [Artigo online 2007] Diretrizes de hipertensão arterial, 4. Campos do Jordão; 2007. [Citado em jan 2013]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/>

14. Claudia B, Cesarino JPC, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq. Bras. Card. 2008; 91(1): 31-35. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP – Brasil. [Citado em: jan 2013] Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2008/9101/pdf/9101005.pdf>

15. Quintana JF. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. Rev. SBPH [online]. 2011, vol.14, n.1, pp. 03-17. ISSN 1516- [citado em jan. 2013] 0858. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>.

16. Feijão AMM, Vieira GF, Alberto BA, Oliveira MA, Sombra SMS, Oliveira LJW. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. Arq. Bras. Cardiol. [Serial online Internet]. Jan 2005; [citado em jan. 2013] 84(1): 29-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>