

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAYSA MANUELLY LANA OLIVEIRA ANDRADE MARTINS

**DESAFIOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
TIMOTEO NA EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA.**

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2014

RAYSA MANUELLY LANA OLIVEIRA ANDRADE MARTINS

**DESAFIOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
TIMOTEO NA EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2014

RAYSA MANUELLY LANA OLIVEIRA

**DESAFIOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
TIMOTEO NA EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em: 07/08/2014

DEDICO

A minha mãe Sônia Lana seus ensinamentos e apoio me fizeram acreditar em mim!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir esta conquista!

A minha mãe pelo amor incondicional, pela dedicação e por me incentivar sempre a buscar novos conhecimentos.

Ao André pelo companheirismo e apoio.

A Equipe da Unidade de Saúde do Cachoeira do Vale por me acolher e por contribuir para elaboração deste trabalho.

Aos tutores e em especial, a minha orientadora pelo conhecimento e experiências compartilhados.

RESUMO

A Estratégia da Saúde da Família, criada pelo governo federal é uma reformulação do modelo assistencial da atenção básica, substituindo o modelo tradicional com foco nas doenças por um processo centrado na Vigilância à Saúde, tendo a família como foco de suas ações, objetivando melhor compreensão do processo saúde doença. As doenças crônico-degenerativas como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus apresentam grande impacto na qualidade de vida dos pacientes além de grande representatividade nos gastos do Sistema Único de Saúde. O sistema HIPERDIA tem como objetivo orientar o manejo adequado a cada paciente levando em consideração suas particularidades e fatores de risco modificáveis ou não. A efetivação do programa HIPERDIA, através da estratificação de risco e manejo adequado a cada paciente, tem como objetivo o tratamento dessas doenças e de prevenir complicações, além de ações de promoção à saúde. O presente estudo justifica-se pois, após implantação do HIPERDIA de forma efetiva e resolutiva, irá proporcionar melhores condições de saúde à população e, conseqüentemente, reduzir o número de morbidades e mortalidades decorrentes da hipertensão e diabetes, além de melhorar a qualidade de vida da população e contribuir para melhoria nos indicadores de saúde pública do município. O trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de Intervenção com a finalidade de efetivar a implantação do programa HIPERDIA, propondo plano de ação para resolução do problema. Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional da Equipe Verde, no Distrito de Cachoeira do Vale, por meio de reunião entre a equipe, análise de dados do SIAB e da produção da equipe, para identificar os principais problemas enfrentados e, assim, definir as prioridades. Para a fundamentação teórica foi realizada uma revisão bibliográfica sobre ESF, hipertensão, diabetes e o programa HIPERDIA. Espera-se que a implantação do HIPERDIA na Equipe Verde possibilite o manejo adequado da hipertensão arterial e da diabetes mellitus pela equipe e que possa funcionar de acordo com programa proposto pelo Ministério da Saúde e assim, trazer resultados para a promoção da saúde e qualidade de vida da população e melhora nos indicadores de saúde pública do município.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Doenças Crônicas. Diabetes.

ABSTRACT

The Strategy of Family Health created in 1994 by the federal government is a reformulation of care model of primary care, replacing the traditional model with a focus on diseases for surveillance process focusing on health, and the family as the focus of their actions, aiming to better understand the health condition. Chronic degenerative diseases like Hypertension and Diabetes Mellitus have major impact on quality of life of patients as well as spending large representation of the Unified Health System HIPERDIA. The system aims to guide the appropriate management for each patient taking into account their particularities and modifiable risk factors or not. The effectiveness of the program through HIPERDIA risk stratification and appropriate to each patient's management aims to treat these diseases and prevent complications, and actions to promote health. This study is justified that after deployment HIPERDIA effective and resolute manner will provide better health population and consequently reduce the number of morbidities and mortalities resulting from hypertension and diabetes, in addition to improving the quality of life and contribute for improvement in public health indicators of the municipality. The work has as main objective to prepare a draft Statement for the purpose of effecting deployment HIPERDIA program proposing an action plan for solving the problem. Initially the situational diagnosis Green Team was held in District of Waterfall Valley at meetings between staff, data analysis and production SIAB team, to identify the main problems faced and thus set priorities. The theoretical basis of a literature review FHS, hypertension, diabetes and HIPERDIA program was held. It is expected that the implementation of the Green Team HIPERDIA enable proper management of hypertension and Diabetes Mellitus in this team and it can function according proposed by the Ministry of Health and that can bring results to the health promotion program and quality of life and improvement in public health indicators of the municipality.

Keywords: Family Health Strategy. Chronic diseases. Hypertension. Diabetes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Geral.....	14
3.2 Específico	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
5.1 Breve histórico: Sistema Único de Saúde (SUS) / Estratégia Saúde da Família (ESF)	16
5.2 Conceito de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)..	17
5.3 Epidemiologia da HAS e DM	19
5.4. Como deve ser a Avaliação, estratificação de risco e tratamento da HAS/DM no HIPERDIA.....	20
5.5 HIPERDIA: Avanços e desafios.....	26
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Seleção do problema.....	28
6.2 Esquematizando o Problema.....	28
6.3 Enfrentamento dos Nós críticos.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAS	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Proposta em 1994 pelo Ministério da Saúde, até então chamado de Programa de Saúde da Família - PSF, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem reformular a Atenção Básica à Saúde, substituindo as práticas tradicionais por ações de promoção a saúde, prevenção de doenças e seus agravos e reabilitação, focando suas ações na Vigilância a Saúde (BRASIL, 1997).

Seguindo os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), de integralidade, da hierarquização, a adscrição de clientela, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem a família como foco de atenção, com o intuito de melhor compreender o processo saúde/doença e seus determinantes e de fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.

Em 2006, o Pacto pela Saúde, estabelecido através da portaria 399, tem como uma de suas prioridades a consolidação da ESF como modelo da Atenção básica no país, além de implementar a política de promoção a saúde com ênfase na alimentação saudável, prática de atividades físicas e combate ao tabagismo (BRASIL, 2006).

As doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, principal causa de mortalidade no mundo, além de apresentar importante repercussão na qualidade de vida dos pacientes. O Ministério da Saúde estima que 12% da população brasileira sejam portadoras de Diabetes Mellitus e 20% de Hipertensão Arterial (BRASIL, 2002a).

Com o intuito de reorganizar a atenção prestada a este grupo, além de monitorar pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do SUS, foi criado o sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos HIPERDIA. Este programa tem como objetivo orientar o manejo adequado a cada paciente levando em consideração suas particularidades e fatores de risco modificáveis ou não (BRASIL, 2002b).

Seguindo o protocolo do HIPERDIA, a avaliação do paciente inclui a anamnese, exame físico e realização de exames laboratoriais, e, feita de forma completa, objetiva identificar lesões de órgãos alvos, determinar o Risco Cardiovascular-RCV e os fatores que influenciam no estado geral de cada paciente, estabelecendo assim manejo adequado a cada grupo. Os objetivos de estabelecer tratamento adequado para cada grupo de risco vão além de manter o controle dos parâmetros pressóricos e glicêmicos e de evitar complicações e lesões de órgãos alvos, mas de despertar em cada paciente a corresponsabilidade sobre seu tratamento, estimulando o autocuidado e a mudança de estilo de vida, que repercutam em seu estado de saúde, além de prevenção primária para as famílias deste paciente (BRASIL, 2002b).

Carvalho *et al.*, (2012, p. 5) comentam que [...] “a simples criação de políticas e/ou programas para a prevenção das doenças cardiovasculares pode não ser garantia de resolutividade do problema”.

Para Zavatini; Obreli-Neto e Cuman (2010), a implantação da ESF trouxe avanço na assistência a saúde prestada, mas é necessária a criação de alternativas para consolidar as informações realizadas pela ESF para pacientes e familiares, pois o contato com cuidador familiar pode promover bons resultados.

Segundo Paiva; Bersusa e Escuder (2006), considerando o Consenso brasileiro de HAS e DM, a qualidade da assistência à saúde durante a realização das consultas necessita de maior atenção, por parte dos profissionais de saúde.

Zavatini; Obreli-Neto e Cuman (2010, p. 8) também ressaltam que

[...] conseguir que os pacientes se apoderem das informações repassadas pela equipe de saúde constitui o grande desafio para melhor controle do DMT2, HAS e demais comorbidades. Neste sentido, o profissional de enfermagem assume papel importante como educador junto à população e aos demais profissionais de saúde.

A implantação de estratégias que venham ajudar no acompanhamento e no controle dos usuários hipertensos e diabéticos na atenção básica é de fundamental importância dada a gravidade dessas doenças quando os mesmos não são suficientemente esclarecidos das complicações e também da responsabilidade pelo autocuidado.

A implantação do HIPERDIA é uma ferramenta que poderá ajudar no acompanhamento desses pacientes pela equipe de saúde na rede básica de saúde. Para tanto, este trabalho objetiva implantar com a participação da equipe, o programa HIPERDIA como uma ferramenta de acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus.

2 JUSTIFICATIVA

O município de Timóteo, situado no leste de Minas Gerais, possui 81.000 habitantes segundo o censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2010).

Seu desenvolvimento e economia giram em torno das empresas siderúrgicas. A rede municipal de saúde é formada por 16 equipes de saúde da família (ESF), duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), modelo convencional e um Centro de Saúde que funciona 24h.

O Distrito Cachoeira do Vale em Timóteo possui onze mil habitantes cadastrados, divididos por três áreas de atuação das ESF e as três equipes atendem em uma mesma UBS. A Equipe 2, chamada de Equipe Verde, possui 3500 usuários cadastrados, divididos em seis microareas, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e nesta unidade estão cadastrados 96 usuários portadores de diabete mellitus e 340 portadores de hipertensão.

Durante a realização do Diagnóstico Situacional pela Equipe de Saúde da Família Verde no Distrito Cachoeira do Vale no Município de Timóteo em 2012, foi priorizado como principal problema, o alto índice de hipertensos e diabéticos cadastrados na área, com falha no controle das doenças, o que refletia em numerosos atendimentos de demanda espontânea e de urgência, além de alto índice de pacientes com complicações. Ao compartilhar esse resultado com as demais ESF do município, reconheceu-se que esta realidade era vivida por todas as equipes e, como principal causa, estava a não efetivação do programa HIPERDIA, que funcionava na maioria das UBS, apenas com consultas médicas semestrais, em desacordo a proposta do programa e com as diretrizes da ESF com enfoque na vigilância a saúde.

A efetivação do programa HIPERDIA através da estratificação de risco e manejo adequado a cada paciente tem como objetivo o tratamento destas doenças e de prevenir complicações, além de ações de promoção à saúde. A não efetivar este

programa, as equipes atuam em desacordo com as diretrizes da ESF e das orientações do Ministério da Saúde.

Identificar os fatores que dificultam a implantação do HIPERDIA fornecerá subsídios para elaboração de uma proposta de intervenção que oriente a equipe na melhoria da assistência a esses pacientes.

Carvalho *et al.* (2012) afirmam que embora o HIPERDIA esteja implantado no município as ações de promoção à saúde necessitam de intensificação por parte das ESF. No estudo realizado por Paiva; Bersusa e Escuder (2006) encontrou-se que 53% dos pacientes do HIPERDIA entrevistados revelaram nunca ter participado de palestras ou grupos relacionados a sua doença.

Os resultados do estudo elaborado por Carvalho *et al.* (2012, p. 4) mostraram que “a falta de informação da maioria dos entrevistados a cerca de sua doença e de seu tratamento e por consequência, a não adesão ao tratamento” são problemas que dificultam o autocuidado e a participação dos mesmos em atividades que visem a melhoria da qualidade de vida.

Lima *et al.* (2011) ressaltam que a grande proporção de indivíduos com primeiro grau incompleto dificulta o processo de aprendizagem para o autocuidado, necessitando de maior atenção dos profissionais de saúde na adequação das atividades educativas, que estimulem a atividade física e o controle alimentar.

Pelo exposto é possível inferir que a simples implantação do programa HIPERDIA não garante o acompanhamento e o controle dos portadores de hipertensão e diabetes e que outras estratégias precisam ser implantadas com a finalidade de motivar os pacientes da importância do controle dessas doenças.

O presente estudo justifica-se pela relevância social e acadêmica em proporcionar com a efetivação do Programa Hiperdia em melhores condições de saúde à população e conseqüentemente reduzir a morbidades e mortalidades decorrentes da hipertensão e diabetes, além de melhorar a qualidade de vida da população e

consequentemente, contribuir para melhoria nos indicadores de saúde pública do município.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de Intervenção com a finalidade de efetivar a implantação do programa HIPERDIA propondo plano de ação para resolução do problema.

3.2 Específico

Incentivar as equipes de saúde da família para a realização de ações do programa HIPERDIA por meio da estratificação de risco e manejo adequado dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na área, estabelecendo o bom controle dos parâmetros pressóricos e glicêmicos para evitar as complicações características das doenças crônico-degenerativas.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi feito o diagnóstico situacional da Equipe Verde, no Distrito de Cachoeira do Vale através de reunião entre a equipe, análise de dados do SIAB e da produção da equipe, para identificar os principais problemas enfrentados pela mesma e assim, definir as prioridades.

Para a fundamentação teórica foi realizada uma revisão bibliográfica sobre hipertensão e diabetes e também sobre o programa HIPERDIA, por meio de pesquisa em bases de dados que integram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos Manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

A pesquisa foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Estratégia de Saúde da Família.

Doenças Crônicas.

Diabetes.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Breve histórico: Sistema Único de Saúde (SUS) / Estratégia Saúde da Família (ESF)

Criado pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado da luta de movimentos sociais de profissionais da saúde e população com o propósito de buscar mudanças no modelo de atenção à saúde. A Constituição Federal de 1988, na Seção “Da Saúde”, define: “A saúde é direito de todos e dever do estado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços pra sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.1).

O SUS é norteado por princípios doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade e os princípios organizativos: Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização fundamentado pela Lei 8080. A Participação dos Cidadãos na Gestão do SUS é garantida pela Lei nº 8142 de 1990, que dispõe sobre os Conselhos de Saúde, com participação paritária dos usuários (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A Estratégia de Saúde da Família ESF foi proposta pelo Ministério da Saúde em 1994, inicialmente nominada como Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de propor mudanças no modelo assistencial de saúde vigente, pelo fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e a população através da delimitação da região geográfica e adstrição da clientela, permitindo assim aos profissionais de saúde a compreensão do processo de saúde/doença da população de sua área de abrangência e facilitando a elaboração de proposta de intervenção para melhoria da assistência a saúde (BRASIL, 1997).

Neste contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p.10) considera que a ESF tem como objetivo:

[...] contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas

unidades básicas saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

A ESF é considerada a porta de entrada do usuário ao serviço de saúde, prestando assistência contínua nos diferentes ciclos de vida do cidadão. A equipe é composta por uma equipe multiprofissional que realiza as ações de promoção, proteção e reabilitação assim como os serviços de referência para os demais níveis de saúde (BRASIL, 1997).

Proposta pelo Ministério da Saúde, em 2006, a Portaria GM/MS 399 divulga o Pacto pela Saúde com o objetivo de concretizar as diretrizes operacionais do referido pacto e consolidar o SUS como uma política pública de saúde e a ESF no âmbito da Atenção Básica a Saúde. O Pacto pela Saúde apresenta prioridades articuladas em três elementos: o Pacto pela Vida, O Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida define como objetivo a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; contribuir para a redução do Câncer de colo de útero e mama; redução da Mortalidade materna e infantil; o controle das doenças emergentes e endemias, elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, consolidar a ESF como modelo de atenção básica a saúde. O Pacto em defesa do SUS que tem como prioridade implementar um projeto permanente de mobilização social e elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS, carta esta já divulgada. O Pacto de Gestão do SUS que tem como objetivo definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instancia gestora do SUS e estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS (BRASIL; 2006).

As metas pactuadas no Pacto pela Saúde são revistas e implementadas de acordo com as necessidades dos serviços de saúde e deve ser executada em todos os níveis de atenção a saúde. A ESF tem como desafio promover ações de promoção a saúde e de prevenção a doenças crônicas não transmissíveis entre elas a HAS e DM que são responsáveis pela morbimortalidade cardiovascular na população brasileira.

5.2 Conceito de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus

Define-se como HAS o valor igual ou superior a 140/90 mmHg achados em duas aferições realizadas no mesmo período, em indivíduos que não estão fazendo uso de anti-hipertensivos, de acordo com a classificação definida no II Consenso Brasileiro de HAS (BRASIL, 2001). A tabela mostra a classificação dos níveis de pressão arterial no adulto acima de 18 anos.

Quadro 1- Classificação diagnóstica da hipertensão arterial de maiores de 18 anos

Pressão Arterial Diastólica PAD(mmHg)	Pressão Arterial Sistólica PAS (mmHg)	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)

Fonte: Brasil (2001, p.15).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.16) o DM é caracterizado por ser

[...] uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, em longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos.

O DM classifica-se de acordo com sua etiologia em: “*diabetes mellitus* insulino-dependente” (IDDM) e “não insulino-dependente” (NIDDM). No DM tipo I ocorre uma destruição das células betas pancreáticas e apresenta disposição a cetoacidose, ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos. O DM tipo II acontece devido a resistência a insulina e da deficiência relativa à secreção de insulina e ocorre em cerca de 90% dos pacientes diabéticos (BRASIL, 2001).

O DM e a HAS são doenças que apresentam como fatores de risco em comum a obesidade, dislipidemia e sedentarismo, são, portanto doenças incuráveis, geralmente assintomática na maioria dos casos e que apresenta necessidade de acompanhamento eficaz e contínuo, bem como tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida são necessárias para evitar possíveis complicações da doença sendo necessária a adesão do paciente ao tratamento (BRASIL, 2001).

5.3. Epidemiologia da hipertensão e da diabetes

A Hipertensão Arterial e o Diabetes são considerados graves problemas de saúde pública, sendo as principais causas de doenças cardiovasculares. Não há uma única causa para a ocorrência dessas doenças e sim diversos fatores de riscos que predispõem e aumenta a probabilidade das pessoas serem acometidas por essas patologias, neste contexto o diagnóstico precoce e tratamento destas doenças faz-se necessário no âmbito da atenção primária à saúde e principalmente realizar ações de promoção à saúde que elimine os fatores modificáveis que pode levar ao aparecimento da HAS e DM (BRASIL, 2001)

Segundo Cunha (2009), o diagnóstico precoce dessas doenças pode evitar complicações futuras. Neste sentido, a ESF tem o papel fundamental em trabalhar com ações de prevenção de doenças e promoção da saúde proporcionando qualidade de vida e redução de danos à população evitando assim as hospitalizações e consequentes gastos do SUS.

A HAS e o DM são considerados os dois principais fatores de risco para doenças cardiovasculares constituindo a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. De acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 85% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 40% de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ocorrem em pacientes portadores de HAS não controlados, sendo que o DM ocorre em cerca de 12% da população brasileira e a HAS acomete 20%. Estas doenças geram complicações relacionadas a incapacidades parcial ou total dos do indivíduo, com repercussões para a família e sociedade (BRASIL, 2001).

Estudos realizados por Cunha (2009, p.16) revelam que

[...] hoje em dia, grande parte da população foge aos padrões considerados importantes para o controle dessas doenças crônicas, devido ao envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilo de vida pouco saudáveis como o sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, são alguns dos grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A promoção de saúde e prevenção dos agravos relacionados à HAS e ao DM são prioridades a serem resolvidos na atenção primária principalmente na ESF por se tratar de um espaço privilegiado na atenção básica com uma equipe multiprofissional e que o processo de trabalho é pautado no vínculo entre profissionais e comunidade, através de uma clientela adscrita.

5.4 Como deve ser a avaliação, estratificação de risco e tratamento da hipertensão e da diabetes no HIPERDIA.

Quanto à avaliação do paciente portador de HAS deve ser realizada de forma criteriosa e a anamnese deve conter a história patológica pregressa, hábitos de vida detalhados, sinais e sintomas de lesão sugestiva em órgãos alvo, fármacos em uso, predisposição genética e/ou de doenças cardíacas e cerebrovasculares, dislipidemias e deve ser observados e estar atentos a possibilidades de causas secundárias da HAS. No exame físico devem ser avaliados os pulsos carotídeos, a pressão arterial (PA) com o paciente na posição sentado, deitado e de pé, o peso e altura para estabelecer o Índice de Massa Corporal- IMC; avaliar fáceis, precórdio, pescoço, abdome, estado neurológico e fundo de olho. Quanto à avaliação laboratorial do paciente portador de HAS deve realizar exame de urina (bioquímica e sedimento), creatinina sérica, potássio sérico, glicemia sérica, colesterol total para identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e lesões em órgãos alvo, recomenda-se sua complementação com o eletrocardiograma (BRASIL, 2001).

A estratificação de risco para portadores de HAS não é focada apenas na elevação da PA, mas também na presença de fatores de risco, lesão em órgão alvo, doença

renal e cardiovascular, história familiar, entre outros. São classificados como grupo de risco baixo, médio, alto e muito alto conforme tabela abaixo:

Quadro 2 - Risco estratificado e quantificação de prognóstico da pressão arterial (mmHg)

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140 – 159 ou PAD 90 - 99	Grau 2 Hipertensão Moderada PAS 160 – 179 ou PAD 100 - 109	Grau 3 Hipertensão grave PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
I - Sem outros fatores de risco	Risco Baixo	Risco Médio	Risco alto
II - 1-2 fatores de risco	Risco Médio	Risco Médio	Risco muito alto
III - 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV – CCA	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

CCA: Condições clínicas associadas incluindo doença cardiovascular ou renal.

Fonte: (BRASIL, 2001, p. 21).

Na avaliação do paciente portador de DM, o primeiro passo é definir quanto aos tipos, se é I ou II. A anamnese deve questionar quanto aos sintomas, início e evolução, exames laboratoriais anteriores, hábitos de vida, tratamento prévio, atividade física, história familiar de DM, Fatores de risco para aterosclerose, entre outros. Quanto ao exame físico, deve-se verificar peso e altura, palpação da tireoide, circunferência abdominal e quadril, cavidade oral, pulsos arteriais, exames dos pés, exame neurológico sumário, aferição da PA e exame de fundo de olho. Para o diagnóstico laboratorial faz-se necessário realizar a glicemia de jejum e o Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG). Portanto, para realização do diagnóstico de DM considera os seguintes valores de acordo com o Ministério da Saúde (2001):

Quadro 3 – Valores de glicose plasmática para diagnóstico

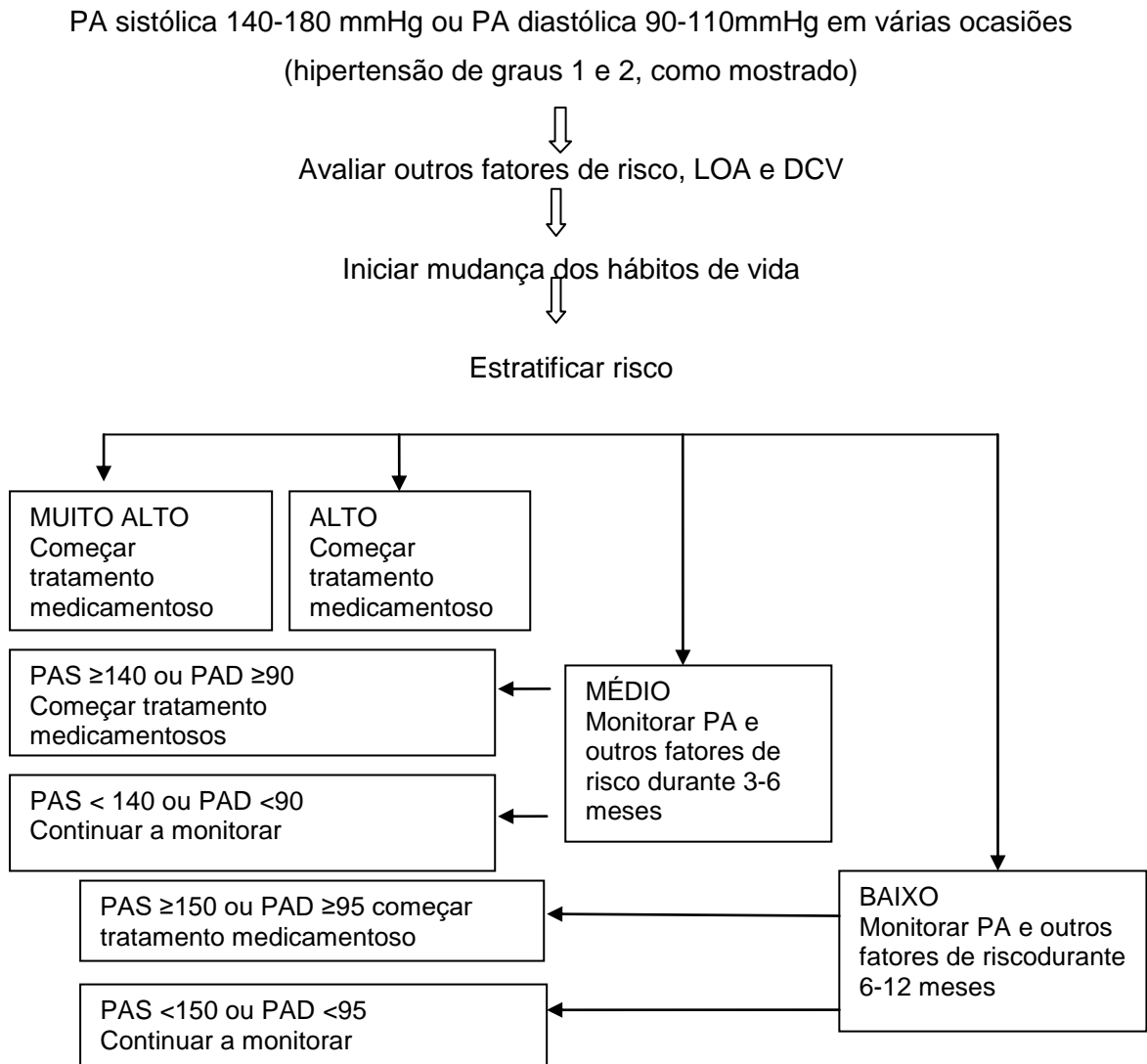
Categorias/Diagnóstico	Glicemia de Jejum	Glicemia Pós-Prandial	Ao acaso
Normal	< 110	<140	•
Glicemia de Jejum alterada	≥110 e < 126	•	•
Tolerância a glicose diminuída	<126	≥140 e < 200	•
Diabetes Melitus	>126	≥ 200	≥200 com sintomas clássicos

Fonte: Brasil (2001, p.27)

Para realização do tratamento do paciente portador de DM e HAS, a ESF é o caminho mais eficaz incluindo neste cenário a cooperação do paciente, pois o processo inicia-se com a educação, a modificação de hábitos de vida e se necessário inicia também o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2001).

O tratamento medicamentoso deve ser iniciado com base na estratificação individual como os fatores de risco e as comorbidades. O tratamento da HAS deve seguir a seguinte estratégia:

ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO



Fonte: Brasil (2001, p.47)

Neste contexto, pode-se considerar também a crise hipertensiva, que é uma das complicações da PA, caracterizada por uma elevação abrupta, inapropriada, rápida e sintomática podendo ocasionar risco de lesão em órgãos alvo (cérebro, rins, artérias e coração) e de morte eminente. Na crise hipertensiva ocorre um aumento PA diastólica $>$ ou $=$ 120mmHg, podendo ocorrer em consequência da interrupção abrupta do tratamento (MARTIN *et al.*, 2004).

Os sinais e sintomas presentes na crise hipertensiva além da elevação súbita dos níveis pressóricos são cefaleia, vômitos, alterações visuais e no fundo de olho,

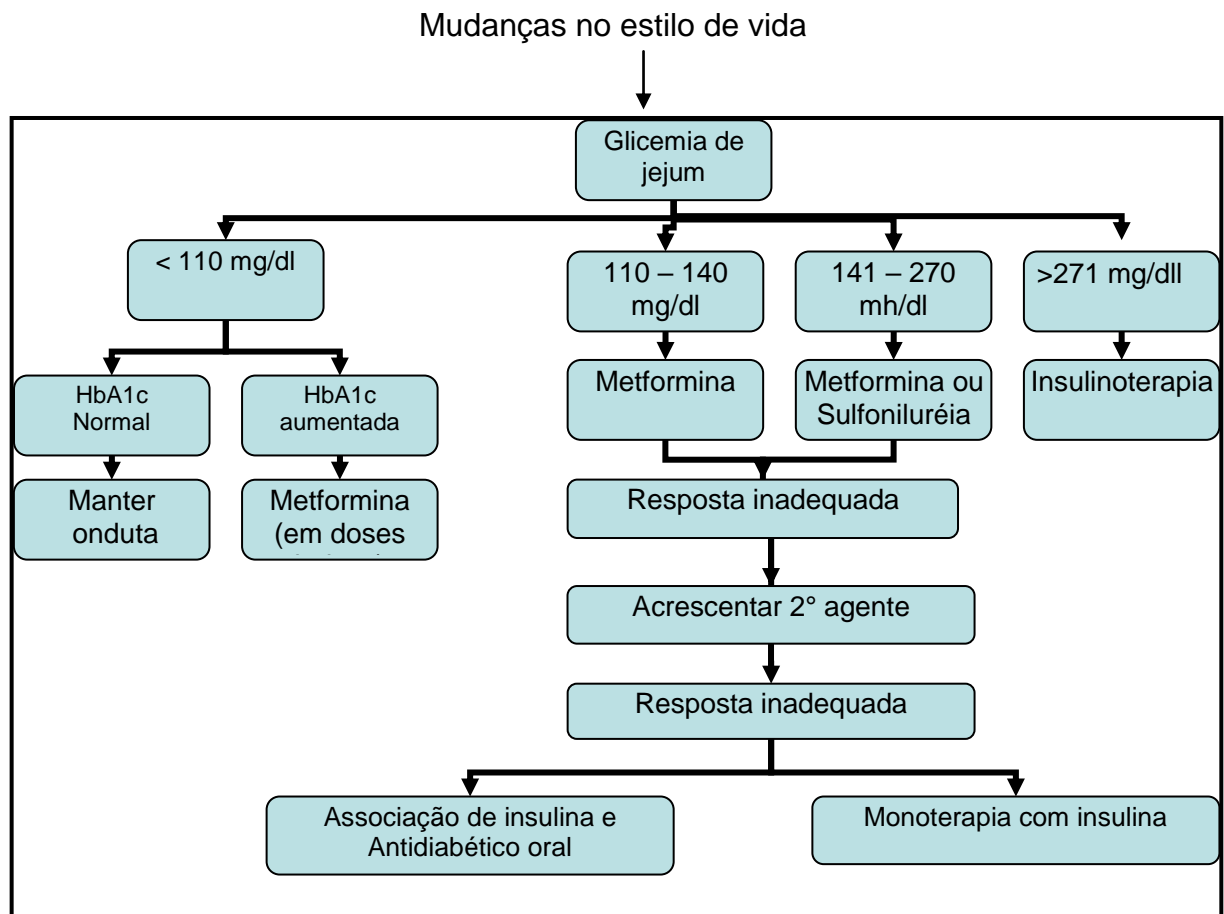
obnubilações ou a deterioração de órgãos alvo, como edema agudo de pulmão, hipertensão acelerada, acidente vascular encefálico, dissecção de aorta e infarto agudo do miocárdio (NOBRE *et al.*, 2002).

A crise hipertensiva pode ser classificada em urgência e emergência. Na urgência hipertensiva a redução da PA deve ocorrer em até 24 horas, pois não apresenta risco à vida ou de lesão aguda em órgãos alvo. Na emergência hipertensiva o controle da PA deverá ser feito em questão de minutos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com medicamento anti-hipertensivo por via parenteral, pois é caracterizada por uma PA elevada e com sinais de lesão de órgãos alvo. Pacientes assintomáticos sem risco de lesão em órgão alvo, mas apresentando um quadro clínico de PA elevada, não sendo considerada urgência ou emergência hipertensiva, devesse receber tratamento ambulatorial (FURTADO; COELHO; NOBRE, 2003).

Para realização do tratamento do paciente portador de DM deve diagnosticar primeiro se é DM tipo I ou DM tipo II. O tratamento do DM tipo II segue o seguinte algoritmo:

Algoritmo de tratamento com medicamentos antidiabéticos – orais em DM tipo 2

Diretrizes para o tratamento da hiperglicemia no diabetes tipos 2



Fonte: Brasil (2001, p. 63).

Existem as complicações causadas pela HAS que são as lesões do coração, rins e cérebro são decorrentes das lesões vasculares desses órgãos. E também as complicações agudas causadas pelo DM que são cetoacidose diabética, hipoglicemia e coma hiperosmolar, já as complicações crônicas são retinopatia e nefropatia, cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica e neuropatia. Entretanto uma das complicações mais devastadoras do DM é o pé diabético responsável por cerca de 50% a 70% das amputações e por 50% das internações hospitalares, gerando alto custo ao SUS (BRASIL, 2001).

5.5 HIPERDIA: Avanços e desafios

Devido ao crescimento desordenado dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, criado pelo Ministério da Saúde em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, chamado HIPERDIA. Tendo como objetivo o estabelecimento de metas e diretrizes para expandir as ações de saúde voltadas para a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e controle dessas patologias (BRASIL, 2002b).

O programa HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento da HAS e DM que em médio prazo definirá o perfil epidemiológico da população atendida e que proporcionará mudanças do quadro de saúde atual melhorando a qualidade de vida da população e diminuindo o custo social acarretado por essas doenças (CUNHA, 2009).

Para Cunha (2009, p.25)

[...] a falta de informações nas fichas de preenchimento, na parte dos campos obrigatórios dificulta ainda mais na obtenção do conhecimento do perfil da população acometida por essas doenças crônicas e ainda, dificulta o monitoramento dos pacientes cadastrados.

Uma pesquisa realizada por Jardim e Leal (2009) confirma que ao realizar análise dos impressos cadastrais existe uma falta de informações que são fundamentais

para avaliação dos pacientes portadores de HAS/DM como a circunferência abdominal e valores glicêmicos.

De acordo com pesquisa realizada por Cunha (2009, p.25), pode-se dizer que o HIPERDIA:

[...] ainda é um processo lento, com dificuldades e problemas notórios encontrados, que necessita de revisão do seu processo desde a implantação até seu desenvolvimento. Temos aqui um problema de saúde pública real que necessita de uma estratégia eficiente que controle não só da doença, mas que trabalhe os fatores de risco, tendo em vista o controle eficaz e a garantia de assistência na área de promoção à saúde e controle das doenças.

Segundo Jardim e Leal (2009, p.412), é de fundamental importância que a

[...] capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento e cadastramento de hipertensos e diabéticos e de utilização de critérios clínico-laboratoriais consensuais para a caracterização das complicações crônicas decorrentes de DM e hipertensão arterial no Sistema HIPERDIA.

Zavatini, Obrele-Neto e Cumam (2010) identificaram que existem diversos fatores como a idade avançada, baixa escolaridade e número elevado de comorbidades que interverem negativamente na adesão do paciente ao tratamento proposto, podendo levar o indivíduo ao abandono. O estabelecimento do vínculo entre os profissionais da ESF e os familiares são de fundamental importância para a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso ou não.

Para Cunha (2009, p. 33)

[...] o uso do Hiperdia como uma ferramenta para avaliação da qualidade da atenção prestada aos portadores de HAS e DM ainda necessita de aperfeiçoamentos e constantes avaliações para se chegar aos objetivos propostos na realidade municipal das políticas de saúde.

Embora existam muita informação e evidências científicas que possa prevenir ou retardar as complicações causadas pelo DM e HAS ainda não são acessíveis ou não funcionam de forma efetiva.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Seleção do problema

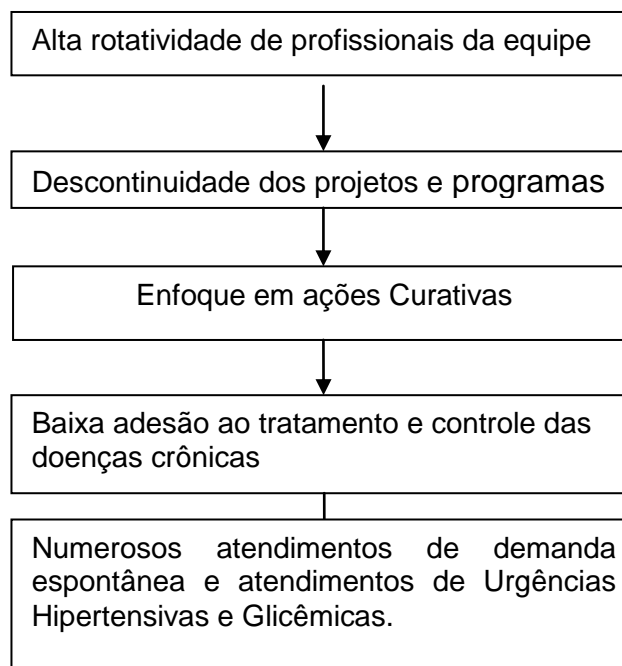
Descritor do Problema “Não efetivação do Programa HIPERDIA pela ESF”.

Levantamento dos Descritores do Problema:

Descritores do Problema

- ✚ Não participação de todos integrantes da equipe ao grupo
- ✚ Ausência da aplicação da estratificação de Risco, com manejo adequado de cada paciente.
- ✚ Enfoque da equipe em medidas de recuperação a saúde, com baixa atenção a medidas de prevenção e Promoção da Saúde.
- ✚ Alta rotatividade de profissionais no Município (em 2 anos, houve mudança de 4 enfermeiras na equipe)

6.2 Esquematizando o Problema



6.3 Enfrentamento dos “nós críticos”

“Nós críticos”	Projeto	Resultado esperado	Produto esperado	Recursos necessários
Falta de capacitação e envolvimento dos profissionais.	Capacitação HIPERDIA.	Maior envolvimento, organização e empenho dos profissionais da Equipe de Saúde no HIPERDIA.	Realização do HIPERDIA por equipe multidisciplinar.	Humanos e financeiros para elaboração de material didático.
Falta da estratificação de risco.	Estratificação de risco durante consulta de HIPERDIA.	Manejo de cada indivíduo de acordo com a presença de riscos cardiovasculares e valores pressóricos/glicêmicos de cada usuário.	Controle e acompanhamento adequado ao risco	Recursos Humanos.
Baixa adesão dos pacientes ao tratamento.	HIPERDIA na área.	Realização de avaliação individual e grupo operativo em cada micro área, com participação de toda equipe.	Melhor acesso e adesão.	Humanos, intersetorial: uso de espaços públicos. Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.
Alta rotatividade profissionais da ESF	Profissional da Família é da Família	Aumentar vínculo do profissional e comunidade, continuidade de projetos inacabados.	Consolidação dos projetos e acompanhamento de resultados	Politico-intersectorial

É importante para a operacionalização deste projeto o envolvimento de todos os profissionais da equipe e também da comunidade bem como o monitoramento de todas as atividades/ações realizadas com vistas à detecção precoce de fragilidades no desenvolvimento dos projetos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após realização do diagnóstico situacional e dos problemas identificados na ESF-Equipe Verde no Distrito Cachoeira do Vale no Município de Timóteo em 2012 optou-se por realizar um projeto de intervenção para implantar de forma efetiva o programa HIPERDIA que até o momento não funcionava de acordo com a proposta do Ministério da Saúde e das diretrizes da ESF que deve ser com enfoque na vigilância a saúde.

Para melhor efetivação do programa HIPERDIA é necessário que o município realize capacitação dos profissionais das ESF também fixação de profissionais nas equipes, que no momento é um grande gargalo na não efetivação e/ou continuidade dos programas propostos pelo Ministério da Saúde e pelo próprio município, pois a rotatividade dos profissionais interfere de forma efetiva no não estabelecimento de vínculo entre a população e a equipe de saúde, interferindo categoricamente na falta de adesão da população ao programa HIPERDIA.

Espera-se que a implantação do HIPERDIA na Equipe Verde possibilite o manejo adequado da HAS e DM nesta equipe e que possa funcionar de acordo com as diretrizes do programa propostas pelo Ministério da Saúde e trazer resultados para a promoção da saúde e qualidade de vida da população e conseqüente, melhora nos indicadores de saúde do município. A implantação em apenas uma equipe de saúde da família certamente não dará resultados para a população do município. É, portanto, necessário que todas as equipes façam adesão á este projeto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010:** disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=316870>>. Acesso em 03 set. 2013.

BRASIL. **Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. (Online) 2006. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília:** Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIPERDIA:** Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos. Rio de Janeiro, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM- Protocolo.** (Online) 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em 19 Jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. (online). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf>. Acesso em: 17 Jul. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2014.

BRASIL. **Constituição Federal, 1988**. Seção II, da Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf>. Acesso em: 16 Jul. 2014.

CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA, J. E. G.; CUNHA, C. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.17, n.7, p. 1885-1892, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700028>>. Acesso em: 8 set. 2013.

CUNHA; C.W. **Dificuldades no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Básica a Saúde através do Hiperdia - Plano de reorganização da atenção**. Monografia Curso de Especialização em Saúde Pública. UFGS, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17937/000725363.pdf>>. Jul. Acesso em: 17 jul. 2014.

FURTADO, R. G.; COELHO, E. B.; NOBRE, F. Urgências e emergências hipertensivas. **Medicina**, [on line], Ribeirão Preto, v.36, p.338-344, abr-dez 2003. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/18urgencias_emergencias_hipertensivas.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

JARDIM, A. D.L.; LEAL; A. M.O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no sistema HIPERDIA em São Carlos-SP 2002-2005. **Revista de Saúde Coletiva**, [online]. v.19, n. 2, p.405-417, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a09.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

LIMA, L. M.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; ZILLMER, J. G. V.; LUDTKE, I. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online] v.32, n.2, p. 323-9, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200016>>. Acesso em: 09 set. 2013.

MARTIN, J. F. V.; HIGASHIAMA, E.; GARCIA, E.; LUIZON, M. R.; CIPULLHO, J. P. Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Arq. Bras. Cardiol**, [on line], São Paulo, v.83, n.2, p.125-30, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n2/v83n2a04.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

NOBRE, F.; CHACHAR, F.; VIANA, J. M.; PEREIRA, G. J. V.; LIMA, N. K. C. Avaliação do atendimento do hipertenso em serviço de urgência e em ambulatório de hipertensão. **Arq Brás Cardiol**. [on line], Ribeirão Preto, v.78, n. 2, p.159-158, jun 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v78n2/p03v78n2.pdf>>. 23 jul. 2014.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.2, p. 377-385, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n2/15.pdf>>. Acesso em 08 set. 2013.

ZAVATINI, M. A.; OBRELI-NETO, P. R.; CUMAN, R. K. N. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online) v.31, n.4, p. 647-54, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000400006> . Acesso em: 02 set. 2013.