

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Social

Especialização em Saúde Pública

**Dificuldades no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus
na Atenção Básica de Saúde Através do Hiperdia – Plano de Reorganização da
Atenção**

Cláudia Winck Cunha

Orientador: Prof. Dr. Mário Tavares

Porto Alegre/RS

2009

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Cláudia Winck Cunha

**Dificuldades no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus
na Atenção Básica de Saúde Através do Hiperdia – Plano de Reorganização da
Atenção**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialização em Saúde
Pública

Orientador: Prof. Dr. Mário Tavares

Porto Alegre/RS

2009

Dedicatória

Aos meus pais, Cláudio e Suzete, e aos meus irmãos Rodiego e Rodrigo (*In Memorium*).

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, pela força e coragem na busca pelos meus ideais.

Aos meus pais, Cláudio e Suzete por ter me dado a vida; por entender a escolha que eu fiz, pois somente assim, superamos dificuldades que encontramos no nosso caminho;

Ao meu irmão Rodiego ao qual sempre vou insistir que é o nosso anjo salvador TE AMO!

Aos meus familiares, amigos, colegas de trabalho, e a toda equipe da Unidade Básica de Saúde – Boa Saúde de Canoas.

Ao meu orientador Dr^o Mário Tavares por sua sabedoria e instrução do conhecimento;

Epígrafe

“Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria aceso o sentimento de amor à vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que nos foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria os erros que foram cometidos, como sinais para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse, o respeito àquilo que é indispensável: além do pão, o trabalho e a ação. E, quando tudo mais faltasse, para você eu deixaria, se pudesse, um segredo. O de buscar no interior de si mesmo a resposta para encontrar a saída.”

Mahatma Gandhi

Resumo

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, representando assim um importante problema de saúde pública. Desta forma o Ministério da Saúde, apresentou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (Hiperdia), um sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e DM atendidos na rede ambulatorial do SUS. Foi desenvolvido um estudo referente às dificuldades que existem no controle da HAS e DM na atenção primária, bem como as dificuldades que existem no acompanhamento de pacientes através do cadastramento (Hiperdia), se a estratégia atual do programa esta atingindo os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde e ainda, propor táticas de enfrentamento das dificuldades de implantação do Hiperdia em estratégia de saúde da família (ESF). Como procedimento metodológico para o desenvolvimento desta temática foi realizada uma revisão de literatura, com base de dados na BVS, Lilacs, Medline, Bireme, análise e exploração textual (livros, artigos e periódicos), com utilização dos seguintes unitermos: Hiperdia, Atenção primária, HAS, DM, e ações programáticas. O estudo revelou que a iniciativa de se criar o Hiperdia foi positiva, considerando que, para a grande maioria dos gestores estaduais e municipais foi o início da tomada de consciência sobre o problema, levando a mobilização e adequação dos sistemas de saúde locais para atenção aos portadores destes agravos. Porém apontamos dificuldades no momento de se efetivar ao nível municipal as políticas nacionais de saúde, em decorrência de fatores como: falta de estrutura organizacional e física, recursos humanos, falha nos sistemas de informação, deficiência de cobertura da estratégia de saúde da família entre outros. Estudos mostram que uma das principais conseqüências do programa seriam o impacto na redução dessas doenças através do tratamento farmacológico e controle dos fatores de risco. O plano de reorganização da atenção à HAS e DM foi um importante passo, porém necessita de constante avaliação para medir os impactos gerados na população. Com isso traçar metas que modifiquem o quadro de saúde atual, se engajando em ações de prevenção primária são estratégias fundamentais para atuação nas políticas de saúde.

Unitermos: Hiperdia – Atenção Primária – Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) – Diabetes Mellitus (DM) e Ações Programáticas.

Lista de abreviaturas e siglas

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

HIPERDIA – Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
	1.1 Definição do Problema	11
	1.2 Justificativa	11
	1.3 Objetivo	12
	1.3.1 Objetivo Geral	12
	1.3.2 Objetivo Específico	12
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	13
3	DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO	14
	3.1 Revisão Teórica	14
	3.2 Apresentação e discussão dos resultados	20
4	CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
	ANEXOS	38
	Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético	
	Verso da Ficha de Cadastro do Hipertenso/Diabético	
	Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético	

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, representando assim um importante problema de saúde pública em nosso país. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência.

Conforme o Ministério da Saúde (2002), há algumas décadas as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil, segundo registros oficiais. No ano de 2000, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus corresponderam a mais de 27% do total de óbitos em consequência de doenças do aparelho circulatório. Entre suas complicações encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes Perinatais.

Ainda sobre essas doenças crônicas, conforme Rosa et al. (2007), o Diabetes Mellitus representa um problema importante em diversos países, pela carga de sofrimento, incapacidade, perda de produtividade e morte prematura que provoca. Portanto, a prevenção nesse âmbito no nível de atenção básica reduziria os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, provocadas por internações e, principalmente reduziriam seqüelas e complicações.

No entanto, quando diagnosticadas precocemente essas doenças são bastante controláveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações futuras. Por isso, investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão este é o caminho a ser seguido.

Desta forma, o Ministério da Saúde, em articulação com as sociedades científicas (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), as federações nacionais dos portadores de diabetes e de hipertensão, as Secretarias Estaduais de Saúde, através do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), e as Secretarias Municipais de Saúde através do Conasems (Conselho Nacional de

Secretários Municipais de Saúde), apresentou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus.

O propósito do plano é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de reorganização dos serviços.

Em consequência este trabalho vem abordar o Hiperdia – sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, atual programa do Ministério da Saúde. O Hiperdia depende de um sistema informatizado que permite o cadastramento de portadores, o seu acompanhamento e ao mesmo tempo, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico da população assistida e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão a modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social.

Em se tratando da hipertensão e diabetes pode-se dizer que existe uma considerável distância entre o potencial benéfico no controle dessas doenças, pois mesmo que já existam informações e evidências científicas suficientes para prevenir ou retardar o seu aparecimento e suas complicações, não é ainda acessível para todos, ou supomos que falta desenvolvê-lo de maneira efetiva e com acompanhamento contínuo. Podemos afirmar que o maior custo recai sobre os portadores, suas famílias, e a comunidade, porque percebemos na prática o ônus econômico que atinge toda a população.

Evidentemente, os tratamentos adequados da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus envolvem uma multiplicidade de fatores extremamente complexos, que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas que dêem conta desta complexidade.

Diante desse quadro, é imperativo que políticas públicas e governos orientem os sistemas de saúde para lidar com problemas educativos, de comportamento, nutricionais de assistência e cuidado continuado que estão impulsionando a verdadeira epidemia de HAS e DM, sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade.

Não basta investir em programas de saúde, mas também os profissionais de saúde da atenção básica, notadamente a equipe de saúde da família, adequadamente capacitados poderão com ações coletivas e individuais, prevenir a doença, identificar grupos de risco, buscando o bem estar e a qualidade de vida e

assim contribuindo para o desenvolvimento pleno das famílias e comunidades assistidas.

No entanto, os profissionais de saúde devem ter conhecimento se suas ações em saúde estão tendo resultados positivos, e através desta revisão de literatura saberemos como está sendo o desenvolvimento da sua atuação na atenção básica.

Portanto, estamos diante de uma grave situação de saúde pública, onde se faz necessário somar esforços de todos os envolvidos, buscando a reorganização da atenção primária, tendo como estratégias principais a prevenção destas doenças, suas complicações e a promoção da saúde, objetivando assim, sem dúvidas, modificações do quadro atual de saúde no país.

1.1 Definição do problema

As dificuldades no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na atenção básica de saúde interferem nos objetivos da estratégia atual do Hiperdia?

1.2 Justificativa

Este estudo tem relevância no âmbito da saúde pública, por se tratar de um problema frequente que acomete a nossa população, que são as doenças cardiovasculares. Hoje o que se preconiza é que a atenção básica seja a primeira opção, ou seja, a porta de entrada dos serviços de saúde, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Além disso, a prevalência dessas doenças tende a aumentar, entre outros fatores, como decorrência do envelhecimento da população, tornando-se um problema de saúde pública à nível mundial.

Os profissionais que atuam na atenção primária estão diretamente envolvidos com as ações que visam reduzir danos à saúde da população, e através de registros podemos afirmar se é possível ou não alcançar as metas preconizadas pelo programa de hipertensão arterial e diabetes.

Não podemos deixar de ressaltar que todo este contexto caracteriza-se um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde, pois são situações que

necessitam de intervenções imediatas e acompanhamento constante pela sua alta prevalência e pelo grau de incapacidade que provocam. Hoje o que se quer é atenção especial e investimentos na área da saúde pública, na prevenção; diminuindo as taxas de internações hospitalares e investimentos na área curativa, pois precisamos como profissionais da área da saúde nos engajar nesse desafio, e ser atores de transformações na área da saúde.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral:

Elencar as dificuldades através do Hiperdia (Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus), no controle da Has e DM na atenção primária.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Identificar as dificuldades que existem no acompanhamento de pacientes através do cadastramento – Hiperdia;

- Avaliar se a estratégia atual do Hiperdia atinge os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde;

- Propor táticas de enfrentamento das dificuldades de implantação do Hiperdia em Unidades de Estratégia de Saúde da Família – (ESF)

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para o desenvolvimento desta temática proposta, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema abordado, revisando conceitos importantes para a delimitação do tema.

Assim, o trabalho se caracteriza por ser uma revisão de literatura, com base de dados no BVS, Lilacs, Medline, análise e exploração textual (livros, artigos, periódicos). Foram utilizados os seguintes unitermos: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) – Diabetes Mellitus (DM) e Ações Programáticas.

3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 Revisão Teórica

Conforme o Ministério da Saúde (2006), a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. Segundo dados recentes do Ministério da Saúde, no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. Podemos afirmar ainda baseado no Ministério da Saúde que esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que atualmente também vem aumentando o número das crianças e adolescentes portadoras de hipertensão. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

Juntamente com a Hipertensão arterial, ressaltamos neste contexto o Diabetes Mellitus, que se configura hoje como um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Conforme o Ministério da Saúde (2006), no Brasil são cerca de seis milhões de portadores e esse número deverá chegar a dez milhões em 2010. Ainda no Brasil, junto com a Hipertensão Arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputação de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise (Ministério da Saúde, 2006).

Conforme o Ministério da Saúde (2006), o diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, entre outros.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação

com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (Ministério da Saúde, 2006, p. 9).

Ainda conforme o Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial é definida como *“pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva”* (Ministério da Saúde, 2006, p.14).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, acrescentando a isso uma baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito e às recomendações e orientações recebidas. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, apesar de existir hoje maior acesso ao acompanhamento médico e ao tratamento farmacológico.

Conforme o Ministério da Saúde (2002), o aumento na conscientização e tratamento da Hipertensão Arterial, apesar de ainda manter um número relativamente baixo de indivíduos sob o controle desejado, tem um impacto epidemiológico importante, com reduções drásticas na morbimortalidade atribuída à Hipertensão Arterial. Os serviços de atenção primária de saúde têm como um dos objetivos trabalhar no processo de mudanças no estilo de vida das pessoas, atuando como agente de transformação, promovendo um maior impacto de consciência e autonomia na vida das pessoas.

Sobre esta questão, conforme o Ministério da Saúde (2008), a clínica ampliada que faz parte da Política Nacional de Humanização (PNH) apresenta a proposta de ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica com uma visão integralizada, deixando de trabalhar com pedaços fragmentados, e sim reconhecer e utilizar o potencial dos saberes das pessoas envolvidas. Devemos compactuar com o desafio de lidar com os usuários enquanto sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico.

Em virtude desta afirmação devemos apostar no plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, que conforme dados do Ministério da Saúde do ano de 2002, vem obtendo sucesso na sua missão de aumentar a conscientização, prevenção, tratamento e controle dessas doenças.

Mas por outro lado, um dado preocupante é que as taxas de controle da hipertensão não continuaram a melhorar. Mais preocupante é o fato de que somente 27,4% dos pacientes apresentavam um valor pressórico dentro do recomendado como ideal para prevenção de complicações cardiovasculares (Ministério da Saúde, 2006). Por esses números percebemos a necessidade de ações eficazes e permanentes na abordagem desta síndrome tão prevalente em nosso meio.

Em se tratando desta dimensão do problema, ressalta-se que conforme Rumel (2006), a distribuição etária revela um expressivo envelhecimento da população brasileira. Paralelamente, outros indicadores mostram diminuição da taxa de fecundidade e o aumento da longevidade da população, assim tendo como uma de suas características peculiares o elevado número de doenças crônicas que atingem essa faixa etária da população. Assim, faz-se necessário incorporar medidas de qualidade de vida aos atuais indicadores de saúde, e programas específicos que garantam o monitoramento da população assistida.

Em contrapartida, não se pode delimitar ações que atendam somente nesta faixa etária da população, em decorrência do aumento das doenças crônicas junto com o envelhecimento. Estudos têm mostrado que jovens e adolescentes cada vez mais estão sendo acometidos por essas síndromes, por muitos fatores, como: alimentação, modificações no estilo de vida, tecnologias, entre outros.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal que a maior parte do dele provém de alimentos industrializados, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, pois mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

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 estilos de vida poucos saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, são alguns dos grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Em razão disto, através de toda essa discussão gerada em torno de tais doenças, porque é tão importante trabalhar na promoção, prevenção e controle na

atenção primária de saúde? Qual a razão pela qual o governo federal cria programas para controle e investimentos na área? Tais programas hoje estão modificando o perfil epidemiológico da população? Dentro do contexto do trabalho as ações do Ministério da Saúde tem tido impacto no perfil de morbidade e mortalidade secundárias a HAS e DM? Parece que tais indagações são de fundamental importância para esclarecimentos e fundamentações se este é o melhor caminho a ser seguido na atenção primária para o real controle dessas doenças.

Para os profissionais que atuam na atenção primária é de suma importância obter resultados positivos nas suas ações e saber que através destes programas é possível modificar o quadro atual de saúde que o Brasil apresenta.

Atualmente as conseqüências humanas, sociais e econômicas são preocupantes, como o aumento da mortalidade, expectativa de vida reduzida, crescentes custos do tratamento das doenças, complicações, internações hospitalares aumentando assim os gastos com a área curativa.

O Ministério da Saúde vêm ao encontro dessa necessidade premente, implementando diversas estratégias de saúde pública, economicamente eficazes, para prevenir a hipertensão arterial e o diabetes mellitus e suas complicações, através do cuidado integral a esse agravo de forma resolutiva e com qualidade, desenvolvendo modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado da população de risco.

Este desafio é, sobretudo da atenção primária, notadamente da saúde da família, espaço prioritário e privilegiado da atenção á saúde que atua como equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta a diversidade cultural, racial religiosa e outros fatores sociais envolvidos.

Em se tratando das diretrizes do SUS, que segundo o Ministério da Saúde são: universalidade, integralidade da assistência, descentralização político-administrativa e participação da comunidade, e ainda aqui especificamente a equidade que não está nas diretrizes legais do SUS, mas é uma conseqüência lógica e uma demanda social, estas devem estar interligadas, formando um conjunto, sendo pressupostos fundamentais nas ações de saúde desenvolvidas na comunidade.

Partindo do que já foi apresentado, para falar em programas de saúde, devemos primeiramente abordar o que significa ação programática em saúde e como se organizam na atenção primária de saúde.

Conforme TAKEDA (2006, p. 76), os sistemas de serviços de saúde tem como objetivo promover a saúde e responder as necessidades da população.

Sobre ação programática, Ferreira (2004, p.1) considera:

Denomina-se “ações programáticas” a um conjunto de atividades que visam organizar as respostas dos serviços de saúde para os problemas ou necessidades freqüentes nas populações de determinado território. As ações programáticas são instrumentos de planejamento e através delas os serviços de saúde buscam atender de uma forma sistematizada a situações comuns, sejam elas de natureza preventiva, de diagnóstico precoce, de tratamento, de reabilitação, de promoção da saúde, ou situações de maior risco ou vulnerabilidade.

Assim, partindo desta definição, a finalidade da implantação de uma ação programática, é propiciar maior acesso aos recursos de saúde para quem precisa maior qualidade da atenção e o melhor uso de recursos.

Primeiramente, o planejamento das ações programáticas leva em consideração, as necessidades de saúde da população, e devem estar fundamentadas num todo, no conhecimento do problema, nos aspectos sócio-econômicos, demográficos e culturais da população, dos recursos e características da equipe.

Ao organizar os serviços buscando melhor responder as necessidades em saúde, algumas etapas devem ser seguidas, como: conhecer o território identificando problemas e necessidades locais, preconizar ações em saúde, etc. Depois de identificadas todas essas etapas, serão organizadas ações programáticas para aquelas situações problemas de saúde mais freqüentes.

As ações programáticas têm um papel claro nos problemas identificados, necessidades de saúde em atenção primária que sejam frequentes a serem abordados por uma equipe que busca ampliar o acesso aos serviços e qualificar as ações em saúde.

Em se tratando das ações programáticas, como exemplo aqui abordado, citamos o programa de prevenção e controle da hipertensão arterial e diabetes

mellitus que hoje é desenvolvido pela maioria das unidades básicas de saúde, em se tratando da dimensão que o problema se apresenta nos dias atuais.

Juntamente com as definições de ação programática em saúde, não podemos deixar de reportar sobre como se definem as organizações dos sistemas de serviços de saúde nos dias de hoje. Conforme TAKEDA (2006, p. 78):

Um sistema é um conjunto articulado de recursos e conhecimentos, organizado para responder às necessidades de saúde da população. A condição de sistema é fundamental para que todos os problemas de saúde possam ser enfrentados.

Podemos definir a atenção primária como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, buscando a partir deste responder as necessidades de saúde da população realizando serviços preventivos, curativos de reabilitação e de promoção da saúde, trabalhando com o contexto atual que existe.

Entendemos que na prática a atenção primária, responde as necessidades de saúde da população, realizando serviços preventivos e de promoção da saúde, como também curativos e reabilitadores. É importante reforçar que a porta de entrada para os serviços de saúde seja a atenção básica de saúde. E será que podemos afirmar que essa é realmente a porta de entrada da população? Porque ainda estudos mostram que o número de hospitalizações e entradas nas emergências não diminui consideravelmente, tendo em vista o grande número de programas de saúde na atenção primária sendo construídos e desenvolvidos pelas equipes de saúde?

Contudo, em se tratando do problema central da pesquisa, não poderia deixar de mencionar a questão da avaliação, pois não podemos deixar de exercê-la, seja analisando nossa capacidade em responder às necessidades em saúde; acompanhando os efeitos das intervenções; identificando e corrigindo problemas; entre outros.

Conforme DIERCKS e TAKEDA (2007), a clara definição do que se quer avaliar e dos objetivos da avaliação é um passo chave para o sucesso da atividade e costuma ter por origem um problema. Como exemplo, pode ser como realizar o acompanhamento de hipertensos e diabéticos de forma efetiva, ou o controle do

diabetes. Assim que se definir claramente qual é o objeto da avaliação, a equipe prepara-se para a próxima etapa, na busca de informações e explicações, pois a equipe de saúde deve estar preparada para avaliar essas questões, pois estão diretamente ligadas a elas.

O Hiperdia é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no plano nacional de reorganização da atenção à HAS e ao DM, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

Além do cadastro o sistema permite o acompanhamento, a garantia de recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão a modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social.

A partir deste cadastro podemos observar como esta sendo o desenvolvimento do programa na unidade básica, e como podemos intervir para mudar o quadro epidemiológico atual.

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores de hipertensão e/ou diabetes e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e do diabete mellitus no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares bem como a mortalidade devido esses agravos.

3.2 Apresentação e Discussão dos Resultados

A primeira década do século XXI oferece um alto grau de sofisticação tecnológica nas suas mais diferentes formas. Em se tratando da discussão aqui abordada retratamos essa tecnologia dentro do âmbito da saúde, ao monitoramento de doenças crônicas prevalente nos dias atuais através do Hiperdia, sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Conforme Chazan e Peres (2008), a história da trajetória das políticas públicas para o controle das doenças crônico-degenerativas no Brasil, revela que primeiramente houve uma prolongada exclusividade do programa de prevenção de câncer; após no ano de 1986 surgiu o programa de diabetes na Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas, que tinham como objetivo principal reduzir a morbimortalidade pelas complicações de HAS e DM.

Assim, com o aumento dessas doenças crônicas, com descontrole dos fatores de risco e complicações, se pensou em uma estratégia para nortear as ações de prevenção e controle dessas síndromes.

Como forma de analisar as ações atualmente desenvolvidas no controle dessas doenças, instigou realizar esta revisão de literatura sobre o atual programa do Ministério da Saúde – Hiperdia (Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabete Mellitus) podemos identificar achados importantes para a prática em saúde na atenção primária, pois o programa Hiperdia soma-se as ações dos trabalhadores de saúde que tem como proposta principalmente atuar na promoção e proteção à saúde.

Pela avaliação do Ministério da Saúde (Brasil, 2004), esta iniciativa foi positiva considerando que, para a grande maioria dos gestores estaduais e municipais foi o início da tomada de consciência sobre o problema, levando muitos a se mobilizarem para a adequação dos sistemas de saúde locais para atenção aos portadores desses agravos.

Mas ainda conforme Chazan e Peres (2008) existem uma série de dificuldades no momento de se efetivar, ao nível municipal as políticas nacionais de saúde e de concretizar as ações. Dentro dessa esfera municipal as atribuições são: adesão ao programa nacional de assistência farmacêutica à HAS e DM, através do termo de adesão, cadastramento e o acompanhamento dos pacientes cadastrados pelo Hiperdia, garantindo o recebimento dos medicamentos padronizados prescritos, onde através do seu desenvolvimento, gera benefícios como: orienta os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção que permita a modificação do quadro atual, no controle sistemática dessas doenças, garante o recebimento dos medicamentos padronizados a todos os pacientes cadastrados no sistema, e permite conhecer o perfil epidemiológico da HAS e DM na população assistida.

No sentido de reorganizar os serviços, para oferecimento de uma atenção continuada e qualificada aos portadores de HAS e DM, foi priorizado por este plano

a confirmação de casos suspeitos; a elaboração de protocolos clínicos e treinamentos dos profissionais de saúde; a garantia de distribuição gratuita de medicamentos, e a criação de um sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiperdia).

O Hiperdia, portanto, foi concebido para permitir o monitoramento dos pacientes captados neste plano e gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de forma regular e contínua, a todos os pacientes cadastrados no programa.

Este sistema é composto pelos subsistemas municipal e federal de modo que os dados gerados nas secretarias municipais de saúde compõem uma base nacional de informações que pode ser acessada por meio da internet, através de site específico do DATASUS, órgão do Ministério da Saúde responsável pelos sistemas informatizados.

O fluxo das informações ocorre a partir do preenchimento da ficha de cadastro de paciente hipertenso e/ou diabético pelos profissionais de saúde. Os dados são digitados, sendo então possível a obtenção de diversos relatórios e gráficos, através da internet, a partir das bases nacional, estadual, ou municipal de dados. Informações como o número de pacientes com HAS, DM tipo 2, DM tipo 1, HAS associada à DM tipo 1, e associada a DM tipo 2, além do número de pacientes obesos, tabagistas, sedentários, com dislipidemia ou com complicações crônicas, discriminadas por sexo e idade são possíveis de serem extraídas dos relatórios.

Para gerenciamento do atendimento prestado pelas unidades de saúde, foi instituída a planilha de acompanhamento do paciente com HAS e DM no hiperdia que permite a monitorização dos pacientes cadastrados através dos exames laboratoriais realizados, de variações de prescrições e o aparecimento de complicações.

A manutenção do sistema requer a introdução das datas de óbitos dos pacientes cadastrados, comprovados por cópias dos respectivos atestados ou de maneira mais segura, através de dados do sistema de informações de mortalidade (SIM). Pacientes que mudam de unidades de saúde ou de municípios precisam ter seus cadastros desativados na unidade de origem e refeitos na unidade de destino. A correção de cadastros duplicados é possível através de utilitário que o próprio sistema fornece. Com a manutenção obtém-se de maneira fidedigna o número de

pacientes que realmente utilizam os serviços de saúde, assim como o consumo correto de medicações.

Apesar do Ministério da Saúde gerar perspectivas positivas em relação ao programa, enfatizando nos benefícios dessa nova estrutura de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, podemos identificar alguns achados no que diz respeito às dificuldades existentes na estrutura e acompanhamento de pacientes através do Hiperdia. Conforme Ferreira e Ferrreira (2009):

Os estudos de base populacional, que utilizam dados primários, são os mais indicados para a análise da situação de saúde das populações, no entanto nem sempre são viáveis financeiramente. A alimentação contínua e adequada do Hiperdia em relação às fases de cadastramento e acompanhamento permitiria o fornecimento de informações suficientes para o planejamento eficaz de prevenção e controle de complicações nos indivíduos já diagnosticados, além de fornecer dados epidemiológicos que poderiam constituir importantes parâmetros para a definição de ações e políticas de prevenção de HAS e DM na população em geral.

Contudo, a partir desta citação podemos refletir que situações básicas, mas de suma importância interferem no desenvolvimento do programa, onde muitas vezes falta planejamento prévio e estrutura adequada para se chegar aos objetivos propostos.

Em se tratando ainda das dificuldades encontradas neste estudo, podemos observar que existem alguns pontos-chaves que elencam as dificuldades através do Hiperdia no controle da HAS e DM na atenção básica de saúde. Conforme Chagan e Perez (2008), podemos definir essas dificuldades começando pelo cadastramento em três aspectos importantes: estrutura, recursos humanos e capacitação.

A partir do cadastramento de pacientes no programa Hiperdia identificamos falta de estrutura organizacional e física, além da falta de recursos humanos e de materiais como equipamentos necessários para este fim, dificuldades para o fluxo das fichas, preenchimento inadequado da ficha de cadastro, falta de treinamento (sobre o sistema e sua importância sobre os dados necessários ao preenchimento

das fichas de cadastro, incluindo-se neste os documentos de identificação da população atendida e como preencher as fichas. Dificuldades também aparecem em se tratando do processo de trabalho das equipes de saúde, como por exemplo: resistência entre os profissionais para aderirem ao programa, falta de treinamento para o preenchimento das fichas, letra ilegível, baixa acessibilidade da população aos serviços de atenção primária em saúde.

Como este programa está diretamente relacionado à informatização, encontramos problemas no que diz respeito na parte de digitação dos dados cadastrados, pois estes dados são compilados no sistema SisHiperDia, mas há falta de digitadores, equipamentos apropriados, disponibilização de pessoal treinado e capacitado, erro de digitação, falta de informações, pois ocorre predominância de cadastros incompletos.

Em concordância com outro estudo (Cunha, 2002), este nos revela a carência no setor da saúde de recursos humanos com capacitação na área da informática e a dificuldade de acesso à infra-estrutura necessária para o uso desta tecnologia (qualidade de linha telefônica; acesso a internet e equipamentos).

Quanto ao uso da planilha de acompanhamento de pacientes, identificamos novamente falta de treinamento para tal procedimento, questões relacionadas ao trabalho diário das equipes, processo organizacional, excesso de dados solicitados no preenchimento, falta de coordenação do programa para orientação e suporte.

Ainda ressaltamos que existe incompatibilidade entre os dados acessados e aqueles contidos na máquina centralizadora. Consultando-se os relatórios e gráficos gerados, julgamos que os resultados encontrados não são compatíveis com a sua realidade de atendimento, e justificam também que atendem mais pacientes do que cadastram.

Outro aspecto importante salientado é que ocorre identificação de duplicidade de dados, e de localização, pois não ocorre um controle apropriado do cadastro do paciente quando ele muda de endereço, ou de município e passa a utilizar outra unidade básica de saúde, assim não poderemos ter um perfil epidemiológico atualizado da população se estes dados não forem acompanhados e monitorados adequadamente.

Ainda no Hiperdia conforme Ferreira (2009), o campo para preenchimento da medida da cintura não é obrigatório, estudos demonstram que a adiposidade abdominal aumentada em indivíduos diabéticos, independente da adiposidade

global, também se associa à mortalidade por doenças cardiovasculares, além de contribuir para pior controle metabólico da doença.

Já outros estudos mostram que em se tratando desses campos de preenchimento do cadastro, outros itens deveriam ser acrescentados à ficha como a realização de dosagem sérica de homocisteína nos pacientes cadastrados no programa, pois além de hipertensos e/ou diabéticos a presença de hiperhomocisteinemia, seria um risco adicional aos já existentes aumentando a possibilidade de doenças cardiovasculares (Revista Brasileira de Análises Clínicas, 2006).

Assim, referente ao cadastramento de pacientes, a falta de informações nas fichas de preenchimento na parte dos campos obrigatórios dificultam ainda mais na obtenção do conhecimento do perfil da população acometida por estas doenças crônicas e ainda, dificulta o monitoramento dos pacientes cadastrados, sendo este um dos objetivos do plano de reorganização da atenção (Hiperdia).

Ainda estudos nos mostram que deveriam ser acrescentados outros campos de preenchimento na ficha do hiperdia, mas refletindo sobre esta questão para o momento não seria válida, pois há muito que se aprimorar primeiro em todo este contexto do cadastramento do programa, como pode-se observar questões básicas devem ser revistas e aprimoradas para chegar ao objetivo atual do programa. Quem sabe futuramente esses dados serão repensados e acrescentados, mas no momento as atuais dificuldades devem ser trabalhadas.

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

Dentro do âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), que considera o princípio da universalidade como sendo a garantia de assistência à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; que deve atender todos os indivíduos da população sem distinção (com ou sem renda), com gratuidade, sendo ou não contribuintes da previdência; mas este princípio do direito à saúde não exige o porte de documentos para o acesso aos serviços de saúde, mas na prática, o número de

pacientes sem documentos de identificação supera o esperado. Conforme estudos, Cunha (2002), este fato foi considerado por muitos municípios como uma limitação para o cadastramento dos pacientes, principalmente na ausência da cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) em que os agentes comunitários de saúde são facilitadores neste aspecto e ajudam a conseguir este dado.

Considerando mais esta observação do autor anterior, este nos coloca outra questão importante que limita o desenvolvimento do programa Hiperdia dentro da atenção primária em saúde, que é ainda a falta de cobertura total do Programa de Saúde da Família (PSF) nos municípios.

Conforme Marques e Silva (2004), o PSF tem sido amplamente discutido, principalmente como estratégia do Ministério da Saúde para reorganizar a atenção básica à saúde do Brasil. Através da estratégia atual de saúde da família o Ministério da Saúde pretende priorizar a atenção básica, reorganizando-a e revertendo a forma de prestação de assistência à saúde focando na atenção primária.

Desta forma, propõem-se uma mudança no paradigma da saúde, não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que colocam em risco, gerando novas práticas e afirmando a promoção à saúde.

Conforme dados atuais do Ministério da Saúde, até o ano de 2007, houve um aumento considerável da implantação das equipes de saúde da família, apresentando uma cobertura populacional de cerca de 46,6% da população brasileira, o que corresponde cerca de 87,7 milhões de pessoas.

Porém, em muitos locais esta estratégia está distante, tendo ainda como atuação as unidades básicas de saúde, o que restringe a detecção de casos, sem o enfoque principal na promoção e proteção da saúde. Conforme Ferreira e Ferreira (2009), o controle e acompanhamento efetivo dos pacientes cadastrados no Hiperdia se dariam principalmente na estratégia de saúde da família, onde ocorre um maior controle da população assistida juntamente com os agentes comunitários de saúde, que formam um elo de ligação muito importante com a comunidade e a unidade de saúde da família.

No entanto para a atual proposta do Ministério da Saúde, para o controle da HAS e DM que é o plano nacional de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, deve ser vista não sendo como a única forma de controle e prevenção dos agravos, mas sim como uma estratégia que tem muito a

ser desenvolvida e repensada, pois apresentam ainda na sua estrutura básica dificuldades que interferem desde sua estrutura até a compilação final dos dados.

Como o Hiperdia é uma forma de cadastro que gera informações, não podemos deixar de mencionar que os sistemas de informação nos dias de hoje é uma importante ferramenta para gestores e planejadores de saúde na formulação e avaliação de políticas públicas. Tal potencialidade, no entanto, deve ser mais explorada no país e agregada ainda aos indicadores de controle da hipertensão arterial, presentes no Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Conforme Boing e Boing (2007):

A interpretação de dados de origem secundária, como os oriundos dos sistemas de informações em saúde nacionais requer sempre análise crítica e cautelosa. O Brasil tem avançado sensivelmente na qualificação destes. Além disso, a utilização e análise desses dados é um passo importante para sua melhoria, permitindo que gestores tenham em mãos ferramentas para subsidiar decisões e o meio científico para avaliar políticas de prevenção e controle dos agravos em saúde.

Assim, os sistemas de informações em saúde, sendo aqui retratado o Hiperdia são de suma importância, mas devem ser usados com a devida qualificação e atualização. Conforme o que os estudos nos mostram em alguns lugares os dados oriundos do Hiperdia não podem ser tomados como representativos da prevalência de HAS e DM nas regiões brasileiras. Conforme Boing e Boing (2007), por ser comum a inscrição de pessoas no programa por atendimento de demanda, ou seja, quando os usuários procuram os serviços de saúde, para qualquer outro tipo de atendimento, neste caso há certamente uma sub-representação de hipertensos e diabéticos.

Sendo assim, diversas pessoas hipertensas e diabéticas não procuram as unidades básicas de saúde e tampouco são cadastradas mediante busca ativa por parte dos serviços de saúde. Neste contexto as estratégias de saúde da família, com equipe cadastrada e presença de agentes comunitários de saúde, possibilitariam um maior monitoramento e desenvolvimento no controle dessas doenças crônicas através do plano de reorganização da atenção.

Além disso, o registro dos pacientes depende da sistematização e remessa dos dados pelos municípios ao Ministério da Saúde. Muitos municípios, entretanto, não fazem o registro, ou seja, não aderem ao programa Hiperdia, ou o fazem de maneira parcial, ou ainda não desenvolvem o programa, não aderem ao termo de adesão e utilizam outras estratégias próprias de cada serviço no controle e monitoramento da HAS e DM. Pois como se sabe, cada município pode desenvolver por conta própria estratégias de promoção e prevenção da saúde, sem aderir aos programas do Ministério da Saúde, isso vai depender de cada município e de cada plano de governo de cada região.

Partindo para o âmbito da assistência à saúde, não podemos deixar de analisar o atendimento prestado pelos profissionais no dia-a-dia nos serviços de saúde na atenção básica. A assistência multiprofissional adequada juntamente com o controle rigoroso destas patologias pode prevenir ou retardar o aparecimento das complicações agudas e crônicas, através de medidas preventivas e curativas relativamente simples.

Conforme Borges e Caetano (2005), apesar do grande desenvolvimento farmacológico o controle da hipertensão/diabetes em termos epidemiológicos ainda não é adequado e a redução da morbidade e mortalidade de suas complicações não atingiu os índices desejados. A não adesão ao tratamento é a principal causa de insucesso no controle dessas doenças. Fazer com que o paciente prossiga o tratamento, realizando o tratamento farmacológico e não farmacológico ainda é uma necessidade presente nos serviços de saúde, passível de mudança se obtivermos ações de monitoramento e acompanhamento eficazes.

A relação entre o paciente e os membros da equipe de saúde é um fator de fundamental importância e de extrema relevância. É preciso uma equipe multiprofissional, com estabelecimento de vínculo entre os pacientes para um trabalho em conjunto. Assim funciona também com os programas de saúde, pois tendo uma equipe coesa, com suporte técnico-científico e capacitação de recursos humanos com profissionais qualificados, obteremos bons resultados dentro da atenção primária em saúde.

Apesar de ter explanado dificuldades desde a estrutura até o desenvolvimento no acompanhamento de pacientes através do programa hiperdia, não podemos deixar de ressaltar que dentro dos objetivos principais apresentados pelo plano nacional de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus,

estudos mostram que benefícios foram alcançados e alguns objetivos estão sendo atingidos em diversas regiões do país.

Conforme Costa et al. (2008), o programa Hiperdia soma-se as ações dos trabalhadores de saúde e tem como proposta a prevenção de complicações decorrentes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pelo médico. Quando este fato está relacionado à falta de recursos financeiros para a aquisição de medicamentos, o programa possibilita aos usuários cadastrados o acesso a medicamentos de forma gratuita e acompanhamento médico.

Conforme dados encontrados, o acesso gratuito aos medicamentos contribui de forma considerável para o controle da HAS e DM, mas este não é um fator determinante, pois não obteremos bons resultados somente com o tratamento farmacológico, outros fatores estão envolvidos neste processo como: alimentação, prática de exercícios físicos, controle do tabagismo e alcoolismo que também devem ser trabalhados com a população. Outro fator relevante é que essa assistência através do programa não deve estar centralizada somente em um profissional, mas sim todos os profissionais devem estar envolvidos para um bom desempenho e para obtenção de um bom resultado, não esquecendo também da cooperação do usuário e da co-responsabilidade importantes neste contexto.

Como já mencionado anteriormente, ocorrem algumas dificuldades que já foram apresentadas em se tratando dos sistemas de informação, sendo um dos objetivos do Hiperdia gerar essas informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Sendo estas dificuldades importantes que sejam analisadas, pois interferem diretamente no controle e monitoramento desses pacientes assistidos pelo programa.

Ainda, como um dos objetivos principais de permitir o monitoramento dos pacientes cadastrados no plano de reorganização da atenção, estudos apontam que uma das principais consequências do plano seria o importante impacto na redução da morbimortalidade cardiovascular. Mas, a partir da revisão bibliográfica encontramos na maioria dos casos que o programa diretamente permite conhecer o perfil epidemiológico da HAS e DM na população

Em se tratando da identificação do perfil epidemiológico, Costa et al. (2008), analisa em seu estudo como por exemplo, a população feminina é mais acometida por HAS e DM do que a masculina e possui uma menor escolaridade segundo

dados. Segundo o informe da Atenção Básica (2001) a adesão ao tratamento tende a ser menor em indivíduos com baixa escolaridade, o que eleva a responsabilidade das unidades básicas de saúde em desenvolverem atividades educativas, com ênfase para o controle da doença e promoção da saúde.

Ainda, conforme Borges e Caetano (2005) nos revela que a HAS afeta mais homens que as mulheres até 55 anos de idade. Aponta também que o abandono do tratamento é mais freqüente em homens abaixo dos 60 anos de idade e que o maior número de pacientes que abandonaram com a pressão arterial moderada.

Conforme Ferreira e Ferreira (2009) a população diabética adulta idosa apresenta risco aumentado de complicações metabólicas pelo que foi indicado incluído no quesito da circunferência da cintura na ficha de cadastro do hiperdia, atingindo um grande número de mulheres, mas que também é expressivo no sexo masculino.

Como identificado anteriormente, campos obrigatórios da ficha de cadastro na maioria das vezes não são preenchidos, dificultando a análise do perfil da população e interferindo no monitoramento das complicações e fatores de risco, mas que quando são realizadas podemos identificá-las e propor formas de prevenção, tratamento e acompanhamento dos achados epidemiológicos.

Portanto, esses sistemas podem constituir ferramentas extremamente úteis para a elaboração de planejamento necessário e exequível que permita não só o controle do agravo já instalado, mas também, a tomada de medidas de prevenção.

Para que isso aconteça, deve-se desenvolver táticas de enfrentamento das dificuldades de implantação e desenvolvimento do Hiperdia nas estratégias de saúde da família, com o aprimoramento do Hiperdia em todas as suas fases de implantação.

Primeiramente como estratégia principal deve ser realizada capacitações com os profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos, com treinamento adequado, reciclagem, troca de experiências, esclarecimento de dúvidas, esclarecimento do sistema como um todo desde como é implantado, até o seu desenvolvimento na rede básica de saúde. Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados, considerando que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças crônicas com alta prevalência e que hoje investir na prevenção é a melhor maneira de evitar agravos, hospitalizações e conseqüentes gastos públicos.

A gestão tem um papel fundamental em todo este processo e também deve estar diretamente envolvida no que diz respeito a desenvolver formas de enfrentamento do problema e ter como foco a prevenção de agravos decorrentes dessas doenças.

Além de treinamento e aprimoramento dos recursos humanos, estamos conscientes de que a saúde depende da prevenção, mas que prevenção não se faz sem informação. No âmbito da atenção básica, o instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de HAS e DM SisHiperDia utilizado pelos municípios também necessita de aperfeiçoamento e treinamento dos profissionais que transferem os dados para o sistema, gerando suporte para a gestão municipal do programa (retorno aos municípios dos dados repassados, melhor diálogo com o DATASUS, verba própria, medicamentos, recursos humanos e materiais).

Vários têm sido os desafios enfrentados na implantação do programa, decorrentes do seu próprio grau de inovação, magnitude e complexidade. Exemplos foram apresentados que demandam decisões imediatas e atuação de outros segmentos.

O atendimento eficiente e eficaz no sentido de contribuir para a redução da morbimortalidade associada à HAS e DM no país, depende, sobretudo, do estabelecimento de bases construídas a partir da pactuação solidária entre união, estados e municípios, contando com o apoio e a participação das sociedades científicas e das entidades de portadores dessas patologias.

As primeiras etapas, em 2001, da reorganização são descritas estabelecendo os compromissos institucionais para a sua operacionalização em todos os municípios brasileiros. As etapas mobilizadoras são fundamentais para criar o vínculo entre os portadores desses agravos e as equipes de atenção básica. A secretaria de políticas de saúde, do Ministério da Saúde, é responsável pela coordenação e gerência de todas as ações de implantação do plano desenvolvidas em nível nacional, além da assessoria contínua aos estados e municípios, sendo assim, a ação entre os gestores do SUS é uma das principais estratégias para a implementação do plano de reorganização da atenção.

O plano de reorganização da atenção à HAS e DM no Brasil foi um importante passo, porém necessita de constante avaliação para medir os impactos gerados na população. Devemos estar conscientes que estamos tratando de um problema de saúde pública real e que necessita de intervenções eficientes e objetivas para o

sucesso do controle. Com isso, traçar metas que modifiquem o quadro de saúde atual, se engajando em ações de prevenção primária que são fundamentais.

4 CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento desta revisão bibliográfica, foram apresentadas algumas indagações referentes ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (Hiperdia), que permitiram identificar que considerando a grande magnitude nacional e mundial das doenças crônicas, as ações de prevenção primária são fundamentais, porém necessita de constante avaliação para medir os impactos gerados na população em se tratando neste contexto, o programa Hiperdia.

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.

Apesar dos dados do programa serem registrados através do cadastramento e acompanhamento de pacientes nas unidades de saúde, e estes dados serem produzidos no cotidiano dos serviços, no momento do contato entre profissional de saúde e paciente, fica evidente, com este estudo, um fato já mencionado por outros autores, da existência de dificuldades que interferem e prejudicam o controle dessas doenças através do programa. Os principais neste estudo apresentados foram que os dados são gerados sem o devido treinamento ou supervisão e sem o controle de sua qualidade.

Além disso, a sua análise se faz principalmente no nível federal, sem retorno aos municípios, dificultando assim, reconhecer o perfil da população assistida e no de desenvolvimento de ações que visem à promoção e prevenção em saúde.

Sugerimos que em especificamente populações de hipertensos/diabéticos, medidas de prevenção, identificação e controle dos fatores de risco devem ser implementadas e que programas informatizados como o Hiperdia possa auxiliar no seguimento dos pacientes, possibilitando uma abordagem multidisciplinar mais criteriosa, sobretudo na análise do alcance das metas de tratamento e conseqüente redução de risco cardiovascular.

A necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecido por todos e vem sendo incorporado de forma progressiva na prática diária. Este é um trabalho necessário que exige determinação e contínua autocrítica para que os objetivos sejam atingidos.

Portanto o sucesso do plano num país com as dimensões e heterogeneidades regionais observadas no Brasil esta diretamente relacionada a adesão de todas as entidades governamentais e não-governamentais envolvidas com esses importantes problemas de saúde pública. Assim é fundamental a construção de um consenso de natureza política administrativa e técnico-científica que sustente o trabalho em parceria entre os gestores do SUS, sociedades científicas e associações de portadores de HAS e DM, identificando responsabilidades e necessidades de apoio mútuo.

Entendemos, ainda, que iniciativas como do Ministério da Saúde, possam incentivar pesquisadores e contribuir definitivamente para a obtenção de mais dados sobre o atual Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, necessitando de constantes avaliações para medir os impactos gerados na população.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. PSF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada e equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed. Brasília, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica**, nº16, Série A, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica**, nº 15, Série A, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília, 2002.

BOING, Alexandra Crispim; BOING Antonio Fernando. **Hipertensão Arterial Sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde**. Revista brasileira de hipertensos. Vol. 14(2): 84-88, 2007

BORGES, Paulo César dos santos; CAETANO, João Carlos Caetano. **Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis – SC**. Arquivos Catarinenses de Medicina, V. 34., n.3, 2005.

CHAZAN, Ana Cláudia; PEREZ, Edson Aguilar. **Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiperdia) nos municípios do estado do RJ**. Revista APS, v.11., n1., P. 10-16., jan/março 2008

COSTA et. al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial acompanhados por uma equipe de saúde da família.** Texto e contexto – Enferm. V.17, n.4, oct/dec, 2008. Florianópolis.

CUNHA, R. E. da. **Cartão nacional de saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde.** Ciênc. Saúde Coletiva, v.7, n.4, p 869-878, 2002.

FERREIRA, Sandra, TAKEDA, Silvia, LENZ, Maria Lúcia, FLORES, Rui. **As Ações Programáticas em Serviços de Atenção Primária à Saúde.** Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária. Hospital Nossa Senhora Conceição. Ministério da Saúde, 2004.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. **Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: Análise a partir do sistema hiperdia (HiperDia).** Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia., v.53., n.1, São Paulo, Fev. 2009

MARQUES, Dalvani; SILVA Eliete Maria. **A Enfermagem e o Programa de Saúde da Família: uma parceria de sucesso?** Rev. Bras. Enferm., v.57, n.5, sept/oct. 2004.

Revista Brasileira de Análises Clínicas, Vol. 38 (1):43-45, 2006

ROSA, R. dos S., SCHMIDT, M. I., DUNCAN, B. B., SOUZA, M. de F. M., LIMA, A. K., MOURA, L. **Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001.** Rev. Bras. Epidemiol., v.10, n.4, p. 465-478, dez. 2007. - Link: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/03.pdf>

RUMEL, D., TOSCANO, C. M., MENGUE, S. S., DUNCAN, B. B. **Condições de Saúde da População Brasileira.** In: Duncan. Medicina ambulatorial. Porto Alegre: 3 ed, ArtMed, 2006.

TAKEDA, S. **A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde**. In: DUNCAN, B.B., SCHIMIT, M. I., GIUGLIANI, E. Medicina Ambulatorial. Porto Alegre: 3 ed, ArtMed, 2006.

TAKEDA, S. M. P., DIERCKS, M. S. **A Avaliação como um processo que enfatiza aprendizado e mudanças**. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ministério da Saúde, Ano VII, pag. 12 – 15, nº 13, janeiro a março, Brasília, 2007.

<http://dtr2004.saude.gob.br/dab/abnumeros.php> acessado em 22 de maio de 2009 às 13:20 hs.

ANEXOS



MS – HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1.ª Via: Enviar para digitação
CADASTRO DO HIPERTENS
E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)	Cód. SIA/SUS (*)	Número do Prontuário
------------------------------	------------------	----------------------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)

Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)		Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)		Nome do Pai	
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem
		Data Naturalizaç / /	
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV) Nº Cartão SUS

DOCUMENTOS GERAIS

Título de Eleitor	Número	Zona	Série
CTPS	Número	Série	UF Data de Emissão / /
CPF	Número	PIS/PASEP	Número

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS ()**

Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório			Livro
	Folha	Termo			Data de Emissão / /

ENDEREÇO (*)

Tipo Logradouro	Nome do Logradouro	Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)	<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial

Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações	Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio		
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias		
Diabetes Tipo 2			AVC		
Tabagismo			Pé diabético		
Sedentarismo			Amputação por diabetes		
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal		
Hipertensão Arterial					

TRATAMENTO

Não Medicamentoso:	<input type="checkbox"/>
Medicamentoso	
	Comprimidos/dia
Tipo	1/2 1 2 3 4 5 6
Hidroclorotiazida 25mg	
Propranolol 40mg	
Captopril 25mg	
Glibenclamida 5mg	
Metformina 850 mg	
Insulina	<input type="text"/>

Outros SIM NÃO

Data da Consulta (*) / /	Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)
-----------------------------	--

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

VERSO DA FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO

Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico 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- Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Diabetes Tipo 1 – ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

Diabetes Tipo 2 – aparece geralmente após os 40 anos de idade, frequentemente em pessoas que têm excesso de peso.

Tabagismo - é igual ao consumo de 01 um ou mais cigarros por dia.

Sedentarismo – quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercício, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. Ex: faxina, lavagem manual de roupas, carrega carga pesada, movimentação britadeira etc.

Sobrepeso ou Obesidade – classificação de acordo com a tabela:

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	>= 40,0	Muito grave

TABELAS DE REFERÊNCIAS

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão/Tipo	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/Divórcio

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos
3	Convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º grau completo)
05	Médio Incompleto (2º grau incompleto)
06	Médio completo (2º grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração
62	Cons. Reg. de Ass. Social

63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg. de Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro



MS – HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

**FICHA DE ACOMPANHAMENTO
DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO**

Nº		Identificação do Paciente (*) (Preencher com Nº do Cartão SUS ou Cartão Provisório SUS. Não possuindo CNS ou Nº Cartão Provisório SUS, registrar o Nº do Prontuário e Nome Completo do Paciente)		Diabético c/ Hipertensão (Preencher com X)		Verificar a cada consulta (Preencher com valor) (*)		Presença de Complicações (Preencher com X, para existência de complicações) (*)								Tratamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (*)				Exames (**)	
				Peso (Kg)	Pressão Arterial		Glicemia plasmática	Não Existe Complicações	Angina	IAM	AVC	Pé Diabético	Doença Renal	Fundo de olho alterado	Número de comprimidos/dia (½, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6)		Insulina (Unidades/dia) Outros Medicamentos (Preencher com X)	Realização Trimestral (Marcar X)	Realização Anual (Marcar X)		
					Sistólica	Diastólica									Insulina	Outros Medicamentos				Sumário de Urina	Hb
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
(*) Responsável pelo atendimento										(*) Assinatura					(*) Data da Consulta						

Legenda:

(*) Campos de preenchimento obrigatório. No caso de Não Medicamentoso, não preencher os demais campos de tratamento, com exceção do campo Outros Medicamentos para outras doenças e Outros Medicamentos para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
(**) Marcar com X quando receber o resultado.