



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Cândido Sarmiento Drumond Nobre, André Luiz; Veloso Dias, Orlene; Tavares de Souza
Leite, Maisa; de Melo Freitas, Daniel; de Melo Costa, Simone
Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos
Revista Bioética, vol. 23, núm. 2, 2015, pp. 373-386
Conselho Federal de Medicina
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361540658017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos

André Luiz Cândido Sarmento Drumond Nobre ¹, Orlene Veloso Dias ², Maisa Tavares de Souza Leite ³, Daniel de Melo Freitas ⁴, Simone de Melo Costa ⁵

Resumo

Quando se fala de doenças crônicas e do sistema público de saúde, a escassez de recursos está sempre em pauta. O estudo analisou o referenciamento e o acesso à medicação em indivíduos assistidos pelo serviço público estadual Hiperdia. Trata-se de pesquisa transversal, com 250 indivíduos referenciados para esse nível secundário de atenção à hipertensão e diabetes. Investigaram-se critérios biológicos, acesso aos medicamentos, perfil socio-demográfico e econômico e condição de saúde. O nível de significância estatística foi de 5%. O referenciamento correto foi de 64,0%, embora incorreto para quase metade dos que utilizaram o transporte público municipal. O acesso total à medicação (69,6%) estava associado à menor renda familiar ($p < 0,05$). A discussão, fundamentada no princípio da justiça distributiva, concluiu pela recomendação de melhor capacitação dos profissionais no referenciamento de serviços assistenciais, com redução do desperdício em transporte público e atenção especializada, além do que, tal investimento deve ser revertido em maior distribuição gratuita de medicamentos. **Palavras-chave:** Ética. Equidade na alocação de recursos. Atenção à saúde. Comercialização de medicamentos-Alocação de recursos para a atenção à saúde. Justiça social-Doença.

Resumen

Justicia distributiva en el servicio de salud especializado y en el acceso a medicamentos

Cuando se habla de enfermedades crónicas y sistema público de salud, la escasez de recursos está en agenda. El estudio analizó la derivación y el acceso a la medicación de individuos asistidos por el servicio público estatal Hiperdia. Se trata de un estudio transversal, con 250 individuos derivados hacia el nivel secundario, para la atención de hipertensión y diabetes. Se investigaron criterios biológicos, acceso a los medicamentos, perfil sociodemográfico y económico y condición de salud. El nivel de significación estadística fue del 5%. La derivación correcta fue del 64,0%, aunque incorrecto para casi la mitad de los que utilizaron transporte público municipal. El acceso total a la medicación (69,6%) estuvo asociado al menor ingreso familiar ($p < 0,05$). La discusión, basada en el principio de la justicia distributiva, concluyó recomendando mejor capacitación de los profesionales en la derivación de servicios asistenciales, con reducción del gasto en transporte público y atención especializada, pues tal inversión debe ser traducida en mayor distribución gratuita de medicamentos.

Palabras-clave: Ética. Equidad en la asignación de recursos. Atención de la salud. Comercialización de medicamentos-Asignación de recursos para la atención de salud. Justicia social-Enfermedad.

Abstract

Distributive justice in specialized health service and in access to medication

When speaking of chronic illnesses and the public health system, the lack of resources is on the agenda. The study analyzed the referencing and access to medication in individuals assisted by the State Public Service Hiperdia. It is a transversal study, with 250 individuals referred for this secondary level of attention to hypertension and diabetes. The study investigated biological criteria, access to medicine, socio-demographic and economic profile and health condition. The level of statistical significance was 5%. The correct referencing was 64.0%, although incorrect for nearly half of those that used municipal public transportation. The total access to medicine (69.6%) was associated with the lowest family incomes ($p < 0.05$). The discussion, based on the principle of distributive justice, was concluded by recommending better training of professionals in referencing assistance services, with a reduction of waste in public transport and specialized attention, because such investment should be reverted to a wider distribution of medicine.

Keywords: Ethics. Equity in the resource allocation. Health care (Public Health). Pharmaceutical trade-Health care rationing. Social Justice-Disease.

Aprovação CEP/Unimontes 226730/2013

1. **Mestre** andreluiznobre@hotmail.com – Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros/MG, Brasil 2. **Mestre** orlenedias@yahoo.com.br 3. **Doutora** mtsiv@terra.com.br 4. **Graduado** daniel-melo@hotmail.com 5. **Doutora** smelocosta@gmail.com – Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros/MG, Brasil.

Correspondência

Simone de Melo Costa – Rua Valmor de Paula, 27, Vila Regina CEP 39400-198. Montes Claros/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de Interesse.

Em 2010, a Portaria 4.279 do Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ¹. O documento define a RAS como *arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*. A RAS objetiva superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, além de aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, assegurando ações e serviços, com efetividade e eficiência. A rede está definida em três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário.

Quer pela natureza altamente tecnológica, quer pelo alto grau de financiamento, os níveis secundário e terciário de atenção à saúde acabam por não absorver a totalidade dos encaminhamentos do nível primário. Então, para que a RAS funcione de forma resolutiva, os encaminhamentos de um nível para outro devem respeitar critérios e parâmetros definidos pelo sistema de governança. Na discussão sobre as doenças crônicas e o sistema público de saúde, a questão da escassez de recursos está sempre em pauta. Tal insuficiência é, de fato, notória e requer equidade na distribuição dos recursos, implicando tanto o correto encaminhamento entre os diferentes níveis de atenção à saúde, quanto a aplicação de critérios para o acesso aos medicamentos prescritos por profissionais do SUS.

Por sua vez, o programa da Rede de Atenção à Saúde do SUS – como instrumento garantidor da integralidade da assistência aos diferentes níveis de complexidade – fundamenta-se no princípio da justiça distributiva, que trata da distribuição de bens e responsabilidades pelo poder público ², tendo como referência o princípio da equidade na aplicação de medidas, ao associar perfil socioeconômico e condições de saúde para estabelecer prioridades de acesso à assistência e aos medicamentos na rede pública de saúde ^{3,4}.

Tomando a perspectiva do princípio ético da justiça distributiva e da aplicação de medidas equitativas, este artigo analisa o encaminhamento a partir da atenção básica para atenção especializada e o acesso aos medicamentos no âmbito do SUS, mediante o estudo dos casos referenciados e do acesso à medicação em um serviço público estadual de nível secundário.

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo analisar o encaminhamento e o acesso à medicação

em indivíduos assistidos pelo serviço público estadual Hiperdia, nível secundário de referência voltado para a assistência a portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) de alto risco cardiovascular e de diabetes com controle metabólico ruim ⁵. Os pacientes são referenciados para esse nível pelos serviços de atenção primária à saúde do SUS.

Material e método

Trata-se de estudo com abordagem quantitativa e desenho transversal analítico, realizado em unidade de atendimento do Programa Hiperdia de Minas Gerais, Brasil, que atende a 16 municípios do norte do estado, cuja população era estimada em 234.588 pessoas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010 ⁶.

Instituído pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) por meio da Resolução 2.606/2010 ⁵, o Programa Hiperdia Minas tem como missão coordenar, através de um sistema regionalizado e integrado de ações em saúde, a estruturação da rede de atenção à saúde da população portadora de HAS, diabetes (*diabetes mellitus*), doenças cardiovasculares e doença renal crônica.

A população objeto do estudo foi composta de 250 adultos e idosos hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Hiperdia e encaminhados de Unidades Básicas de Saúde por meio de ficha de referência preenchida por profissional de saúde (médico ou enfermeiro). O Hiperdia é uma unidade de atendimento secundária, e seus critérios de encaminhamento seguem a Resolução SES/MG 2.606/2010 ⁵.

A coleta de dados ocorreu entre junho e dezembro de 2013, mediante questionário. Os usuários que utilizaram o serviço por mais de uma vez, no período avaliado, responderam ao questionário em apenas uma das consultas. O instrumento foi aplicado pelo pesquisador e médico do Hiperdia, após estudo-piloto com 10 indivíduos, os quais foram incluídos no estudo principal, por não haver modificações no instrumento. O questionário consistiu em perguntas acerca das características sociodemográficas e econômicas, dos indicadores biológicos para classificação de risco de diabéticos e hipertensos, com o intuito de constatar a adequação do encaminhamento, além de incluir questões sobre o acesso à medicação.

A coleta dos dados biológicos deu-se durante a consulta médica de rotina, sendo parte integrante

do atendimento clínico; portanto, não foi realizada apenas para atender aos objetivos deste estudo. A classificação de risco para os hipertensos segue as categorias “baixo”, “moderado” e “alto”, de acordo com escore de risco de Framingham para evento cardiovascular maior ⁷. Já a classificação dos usuários diabéticos baseou-se no controle metabólico avaliado como “bom”, “regular” e “ruim”, conforme definido pela Resolução SES/MG 2.606/2010 ⁵.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP/Unimontes), e os participantes receberam esclarecimentos acerca do estudo antes de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme recomendado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde ⁸. Foi assegurado o anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade das informações, usadas exclusivamente para fins científicos e para planejamento de ações no âmbito do Hiperdia.

A análise dos dados foi feita pelo *software* IBM SPSS 22.0. Análises bivariadas foram realizadas pelo teste qui-quadrado de Pearson, para fins de comparação de proporções, ou pelo teste alternativo

likelihood ratio, para os casos com mais de 20% das caselas com unidades menores que 5. A comparação de médias foi efetuada pelo teste “t” de Student. O nível de significância assumido foi de 5% ($p < 0,05$) e o intervalo de confiança, de 95%.

Resultados

Dos 250 usuários do Hiperdia que participaram do estudo, 5,6% não apresentaram diagnóstico de HAS e/ou de diabetes. Quanto à presença de outras condições de saúde prévias ao cadastro no Hiperdia, 58,4% dos usuários apresentaram dislipidemia, muitas vezes detectada concomitantemente com outras patologias. Foram calculados a partir dos dados da tabela 1 os percentuais das doenças mais frequentes, que também se apresentaram acompanhadas de outras condições de saúde: infarto (11,6%), acidente vascular cerebral ou AVC (10,4%) e, principalmente, depressão (25,2%) e doença de Chagas (23,2%). A ausência de patologias prévias ao cadastro no Hiperdia foi constatada para 17,2% dos participantes da pesquisa.

Tabela 1. Distribuição dos pesquisados conforme ocorrência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes e outras condições de saúde prévias ao cadastro em centro do Hiperdia Minas (jun-dez 2013).

| Condição de saúde – HAS e/ou diabetes | N | % |
|--|-----|------|
| HAS | 127 | 50,8 |
| HAS/diabetes | 104 | 41,6 |
| Diabetes | 5 | 2,0 |
| Ausência de HAS e/ou diabetes | 14 | 5,6 |
| Condição de saúde prévia ao cadastro no Hiperdia | N | % |
| Ausência de patologias | 43 | 17,2 |
| AVC | 8 | 3,2 |
| Dislipidemia | 56 | 22,4 |
| Infarto do miocárdio | 4 | 1,6 |
| Doença de Chagas | 16 | 6,4 |
| Insuficiência renal | 2 | 0,8 |
| Pé diabético | 3 | 1,2 |
| Depressão | 12 | 4,8 |
| AVC/dislipidemia | 5 | 2,0 |
| AVC/doença de Chagas | 3 | 1,2 |
| AVC/pé diabético | 1 | 0,4 |
| AVC/depressão | 1 | 0,4 |
| Dislipidemia/infarto | 15 | 6,0 |
| Dislipidemia/doença de Chagas | 20 | 8,0 |
| Dislipidemia/insuficiência renal | 2 | 0,8 |
| Dislipidemia/pé diabético | 3 | 1,2 |
| Dislipidemia/amputações por diabetes | 1 | 0,4 |
| Dislipidemia/depressão | 27 | 10,8 |
| Infarto/insuficiência renal | 1 | 0,4 |

Continua

| Condição de saúde prévia ao cadastro no Hiperdia | Conclusão | |
|--|-----------|-----|
| | N | % |
| Infarto/depressão | 1 | 0,4 |
| Doença de Chagas/depressão | 4 | 1,6 |
| AVC/infarto/dislipidemia | 2 | 0,8 |
| AVC/dislipidemia/pé diabético | 1 | 0,4 |
| AVC/infarto/doença de Chagas | 1 | 0,4 |
| AVC/infarto/depressão | 1 | 0,4 |
| AVC/doença de Chagas/depressão | 3 | 1,2 |
| Dislipidemia/infarto/depressão | 2 | 0,8 |
| Dislipidemia/doença de Chagas/depressão | 7 | 2,8 |
| Dislipidemia/pé diabético/depressão | 1 | 0,4 |
| Dislipidemia/infarto/depressão/doença de Chagas | 2 | 0,8 |
| Dislipidemia/doença de Chagas/depressão/pé diabético | 2 | 0,8 |

No que diz respeito à classificação dos diabéticos (pelos critérios da SES/MG), entre os 106 avaliados, 34,0% tinham o controle metabólico ruim. Já na análise dos indivíduos pelos critérios isolados de alto risco cardiovascular da SES/MG foram detectados, em uma amostra de 95 pessoas, 28,4% de casos de hipertrofia do ventrículo esquer-

do (VE), 27,4% de insuficiência coronariana e 18,9% de acidente vascular encefálico (AVE), ou acidente isquêmico transitório (AIT). Quanto à classificação dos 250 participantes em relação à pressão arterial, pelos critérios de Framingham ⁷, o alto risco cardiovascular foi o mais frequente (61,2%) entre os usuários do Hiperdia (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos pesquisados conforme os critérios estabelecidos para classificação de diabéticos e risco cardiovascular em centro do Hiperdia Minas (jun-dez 2013).

| Classificação de diabéticos – critérios da SES/MG (n = 106) | n | % |
|--|-----|------|
| Controle metabólico bom | 26 | 24,5 |
| Controle metabólico regular | 44 | 41,5 |
| Controle metabólico ruim | 36 | 34,0 |
| Classificação de alto risco cardiovascular – critérios da SES/MG (n = 95) | n | % |
| Insuficiência coronariana | 26 | 27,4 |
| Insuficiência cardíaca | 4 | 4,2 |
| Hipertrofia do VE | 27 | 28,4 |
| Insuficiência arterial periférica | 1 | 1,1 |
| Insuficiência renal crônica (estágios avançados) | 1 | 1,1 |
| AVE ou AIT | 18 | 18,9 |
| Hipertensão arterial (HA) resistente | 2 | 2,1 |
| Suspeita de HA secundária | 4 | 4,2 |
| Insuficiência coronariana/hipertrofia do VE | 2 | 2,1 |
| Insuficiência coronariana/insuficiência arterial periférica | 1 | 1,1 |
| Insuficiência coronariana/AVE ou AIT | 3 | 3,2 |
| Insuficiência cardíaca/hipertrofia do VE | 1 | 1,1 |
| Hipertrofia do VE/AVE ou AIT | 1 | 1,1 |
| Hipertrofia do VE/suspeita de HA secundária | 1 | 1,1 |
| Insuficiência arterial periférica/AVE ou AIT | 1 | 1,1 |
| Insuficiência coronariana/insuficiência cardíaca/hipertrofia do VE | 1 | 1,1 |
| Insuficiência coronariana/hipertrofia do VE/AVE ou AIT | 1 | 1,1 |
| Classificação de risco cardiovascular de hipertensos – critérios de Framingham | n | % |
| Baixo | 41 | 16,4 |
| Moderado | 56 | 22,4 |
| Alto | 153 | 61,2 |

O referenciamento para o Hiperdia foi correto para 64,0% dos usuários, já que se enquadravam nos critérios estabelecidos para a assistência de

nível secundário. A maioria (75,1%) das fichas de referência foi preenchida por médicos. Entre os usuários do Hiperdia, 29,2% chegaram ao serviço

por meio de transporte público gratuito da Prefeitura, e a maioria (69,6%) informou ter acesso total

à medicação prescrita para sua condição de saúde. (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos pesquisados conforme variáveis de encaminhamento e de acesso à saúde em centro do Hiperdia Minas (jun-dez 2013).

| Variáveis de encaminhamento | n | % |
|---|-----|------|
| Correto | 160 | 64,0 |
| Incorreto | 90 | 36,0 |
| Profissional encaminhador | | |
| Médico(a) | 187 | 75,1 |
| Enfermeiro(a) | 62 | 24,9 |
| Variáveis de acesso ao serviço de saúde | n | % |
| Transporte para chegar ao Hiperdia | | |
| Público municipal gratuito | 73 | 29,2 |
| Outros | 177 | 70,8 |
| Acesso à medicação prescrita | | |
| Total | 174 | 69,6 |
| Nenhum | 6 | 2,4 |
| Parcial | 70 | 28,0 |

Entre os portadores de diabetes, sem ou com hipertensão arterial sistêmica (HAS), o percentual de pessoas encaminhadas corretamente foi bem maior que o incorreto, 80,0% e 81,7%, respectivamente ($p = 0,001$). O percentual de encaminhamentos corretos também foi maior entre as pessoas que relataram presença de doenças prévias ao cadastro no

Hiperdia; já tiveram AVC/infarto; residiam no mesmo município onde se localiza a unidade do Hiperdia; tinham alto risco cardiovascular pela classificação de Framingham⁷; eram diabéticas com controle metabólico ruim; apresentavam maior tempo de diagnóstico de HAS, sendo todas as associações estatisticamente significativas, com valores de $p < 0,05$. (Tabela 4).

Tabela 4. Avaliação do correto encaminhamento para unidade do Hiperdia Minas, conforme as variáveis independentes do estudo (jun-dez 2013).

| Variáveis | Referenciamento | | Valor p |
|--|------------------|--------------------|---------|
| | Correto n (%) | Incorreto n (%) | |
| Doença | | | |
| HAS | 70 (55,1) | 57 (44,9) | 0,001* |
| Diabetes | 4 (80,0) | 1 (20,0) | |
| HAS/diabetes | 85 (81,7) | 19 (18,3) | |
| Ausência de HAS e/ou diabetes | 1 (7,7) | 12 (92,3) | |
| Doenças prévias ao cadastro no Hiperdia | | | |
| Sim | 141 (67,8) | 67 (32,2) | 0,005 |
| Não | 19 (45,2) | 23 (54,8) | |
| Teve doença de Chagas | | | |
| Sim | 58 (65,2) | 31 (34,8) | 0,748 |
| Não | 101 (63,2) | 59 (36,9) | |
| Teve AVC/infarto | | | |
| Sim | 48 (94,1) | 3 (5,9) | < 0,001 |
| Não | 111 (56,1) | 87 (43,9) | |
| Faixa etária | | | |
| Adulta (23-59 anos) | 79 (60,8) | 51 (39,2) | 0,268 |
| Idosa (60-95 anos) | 81 (67,5) | 39 (32,5) | |
| Sexo | | | |
| Feminino | 110 (62,9) | 65 (37,1) | |
| Masculino | 50 (66,7) | 25 (33,3) | |

Continua

| Variáveis | Referenciamento | | Valor p |
|--|-------------------------------|---------------------------------|---------|
| | Correto n (%) | Incorreto n (%) | |
| Escolaridade | | | |
| Analfabeto | 50 (64,1) | 28 (35,9) | 0,982 |
| Alfabetizado | 110 (64,0) | 62 (36,0) | |
| Residência | | | |
| Município onde se localiza o Hiperdia | 100 (74,1) | 35 (25,9) | < 0,001 |
| Outro | 60 (52,2) | 55 (47,8) | |
| Classificação do IMC | | | |
| Normal | 55 (57,9) | 40 (42,1) | 0,238 |
| Sobrepeso | 53 (65,4) | 28 (34,6) | |
| Obeso | 52 (70,3) | 22 (29,7) | |
| Critério de risco cardiovascular de Framingham | | | |
| Baixo | 1 (2,5) | 39 (97,5) | < 0,001 |
| Moderado | 10 (17,9) | 46 (82,1) | |
| Alto | 148 (96,7) | 5 (3,3) | |
| Critério de risco cardiovascular da SES/MG | | | |
| 1 condição de saúde | 80 (96,4) | 3 (3,6) | 0,503 |
| 2 ou mais condições de saúde | 12 (100,0) | 0 (0,0) | |
| Classificação de diabéticos pelo controle metabólico – critério da SES/MG (n = 106) | | | |
| Bom | 17 (65,4) | 9 (34,6) | 0,001 |
| Regular | 35 (79,5) | 9 (20,5) | |
| Ruim | 36 (100,0) | 0 (0,0) | |
| Profissional referenciador | | | |
| Médico(a) | 123 (65,8) | 64 (34,2) | 0,273 |
| Enfermeiro(a) | 36 (58,1) | 26 (41,9) | |
| Transporte para chegar ao Hiperdia | | | |
| Da Prefeitura | 38 (52,1) | 35 (47,9) | 0,273 |
| Outros | 122 (68,9) | 55 (31,1) | |
| Acesso à medicação | | | |
| Total | 111 (63,8) | 63 (36,2) | 0,918 |
| Nenhum/parcial | 49 (64,5) | 27 (35,5) | |
| Variáveis | Referenciamento | | Valor p |
| | Correto Média (desvio-padrão) | Incorreto Média (desvio-padrão) | |
| Anos de diagnóstico de HAS | 13,32 (± 9,62) | 10,66 (± 8,17) | 0,038 |
| Anos de diagnóstico de diabetes | 8,56 (± 7,27) | 5,68 (± 4,98) | 0,103 |
| Idade em anos | 61,49 (± 13,52) | 58,56 (± 13,48) | 0,100 |

* Likelihood ratio.

Sobre o acesso à medicação, a maioria das pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou de diabetes obteve acesso total aos medicamentos na rede do SUS. Entre os adultos, detectou-se maior percentual de pessoas com acesso integral à medicação, quando comparados aos idosos ($p < 0,05$). Não houve diferença significativa quanto ao acesso aos

medicamentos entre as variáveis “sexo”, “escolaridade”, “critério de risco cardiovascular de Framingham” e de “classificação de diabéticos pelo controle metabólico dos diabéticos” ($p > 0,05$). Foi possível associar o acesso total à medicação no serviço público de saúde tanto ao menor tempo de diagnóstico de diabetes como à menor renda familiar mensal (Tabela 5).

Tabela 5. Avaliação do acesso à medicação na rede do SUS em centro do Hiperdia Minas, conforme as variáveis independentes do estudo (jun-dez 2013).

| Variáveis | Acesso à medicação | | Valor p |
|--|--------------------------|-----------------------------------|---------|
| | Total n (%) | Nenhum/parcial n (%) | |
| Doença | | | |
| HAS | 89 (70,1) | 38 (29,9) | 0,591 |
| Diabetes | 4 (80,0) | 1 (20,0) | |
| HAS/diabetes | 70 (67,3) | 34 (32,7) | |
| Nenhuma | 11 (84,6) | 2 (15,4) | |
| Faixa etária | | | |
| Adulta (23-59 anos) | 98 (75,4) | 32 (24,6) | 0,038 |
| Idosa (60-95 anos) | 76 (63,3) | 44 (36,7) | |
| Sexo | | | |
| Feminino | 119 (68,0) | 56 (32,0) | 0,401 |
| Masculino | 55 (73,3) | 20 (26,7) | |
| Escolaridade | | | |
| Analfabeto | 57 (73,1) | 21 (26,9) | 0,421 |
| Alfabetizado | 117 (68,0) | 55 (32,0) | |
| Critério de risco cardiovascular de Framingham | | | |
| Baixo | 29 (72,5) | 11 (27,5) | 0,885 |
| Moderado | 38 (67,9) | 18 (32,1) | |
| Alto | 106 (69,3) | 47 (30,7) | |
| Classificação de diabéticos pelo controle metabólico – SES/MG (n = 106) | | | |
| Bom | 16 (61,5) | 10 (38,5) | 0,335 |
| Regular | 33 (75,0) | 11 (25,0) | |
| Ruim | 22 (61,1) | 14 (38,9) | |
| Variáveis | Acesso à medicação | | Valor p |
| | Total (desvio-padrão) | Nenhum/parcial (desvio-padrão) | |
| Anos de diagnóstico de HAS | 12,05 (± 9,03) | 13,30 (± 9,70) | 0,343 |
| Anos de diagnóstico de diabetes | 6,99 (± 5,88) | 10,32 (± 8,56) | 0,019 |
| Renda familiar mensal em R\$ | 915,51 (± 483,79) | 1.074,00 (± 691,54) | 0,040 |

Discussão

Dados pesquisados

Nem todos os usuários do Hiperdia apresentaram diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes, e mais de um terço deles foram referenciados incorretamente para o Hiperdia, a partir de um serviço de atenção primária à saúde. Entre esses, encontram-se os usuários sem hipertensão e/ou diabetes, ou aqueles com essas condições, mas sem justificativa para a assistência de nível secundário nos termos da Resolução SES/MG 2.606/2010⁵.

A presença de outras comorbidades previamente ao cadastro no Hiperdia foi um achado para a grande maioria dos participantes (83,1%). Dentre essas condições, destacam-se a dislipidemia, AVC, infarto do miocárdio, doença de Chagas, insuficiência renal, pé diabético e depressão, que aparecem individualmente ou em grupo de duas, três e até quatro comorbidades. Cabe refletir acerca da prevalência da doença de Chagas detectada neste estudo: 23,2%. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia⁹ e Punukollu e colaboradores¹⁰, a cardiopatia chagásica crônica pode manifestar-se por insuficiência cardíaca, eventos tromboembólicos e arritmias ventriculares – condições que

envolvem alta morbimortalidade –, além de morte súbita.

Dessa forma, sugere-se a inserção dos portadores de doença de Chagas segundo critérios de gravidade – principalmente quando se apresenta na forma de cardiopatia crônica – na cartilha dos centros Hiperdia, sobretudo aqueles localizados no norte de Minas Gerais, área endêmica da doença, proposta essa que já se encontra em avaliação pela Secretaria de Estado de Saúde.

Pela classificação de diabéticos com base nos critérios da SES/MG, entre os 106 avaliados, o controle metabólico foi bom para a menor parcela (24,5%); consequentemente, os controles metabólicos regular e ruim foram detectados na maior parte dos participantes (75,5%).

A classificação de risco cardiovascular pelos critérios da SES/MG, em uma amostra de 95 pessoas, detectou, na grande maioria, situações isoladas das seguintes patologias: insuficiência coronariana; insuficiência cardíaca ou hipertrofia do ventrículo esquerdo; insuficiência arterial periférica; insuficiência renal crônica em estágios avançados; acidente vascular encefálico ou acidente isquêmico transitório; hipertensão arterial resistente; ou, ainda, suspeita de hipertensão arterial secundária. As associações dessas condições estavam presentes em menos de 20,0% dos pesquisados. Pela classificação de Framingham, a maioria apresenta alto risco cardiovascular.

Entre os diabéticos com ou sem hipertensão, o encaminhamento correto foi mais frequente; entretanto, o tempo de diagnóstico não influenciou no encaminhamento correto ao Hiperdia. A ocorrência de doenças prévias ao cadastro no Hiperdia associou-se ao encaminhamento correto, como nos casos de AVC/infarto. Essas situações, por si só, já enquadram o indivíduo como de alto risco cardiovascular pelos critérios isolados da SES/MG, o que justifica o correto encaminhamento.

Quanto às pessoas com diagnóstico de diabetes, o acesso ao Hiperdia é extremamente importante. Se inadequadamente controlada, essa condição representa pesado encargo econômico para o sujeito e a sociedade. A maior parte dos custos do diabetes está relacionada com complicações que, não raro, podem ser evitadas¹¹. Doença renal crônica, neuropatia periférica com desencadeamento de úlceras em membros inferiores e de amputações, retinopatia e doenças cardiovasculares manifestam-se nos estágios finais do diabetes com controle metabólico inadequado. Dessa forma, é de

suma importância o acesso às especialidades ofertadas pelo Hiperdia, como cardiologia, endocrinologia, nefrologia, angiologia e cuidados com o pé diabético.

Residir no mesmo município onde se localiza o Hiperdia foi associado ao maior acerto no encaminhamento. A hipótese para esse achado é que a proximidade geográfica entre os profissionais do nível primário os do nível secundário tenha contribuído para o maior esclarecimento acerca dos critérios corretos de encaminhamento ao Hiperdia, principalmente por meio de reuniões locais entre a equipe que atende no Hiperdia e os profissionais das unidades de atenção primária do município.

As pessoas classificadas como de alto risco cardiovascular pelos critérios de Framingham apresentaram maior percentual de encaminhamento correto. O mesmo se deu nos casos de diabéticos com controle metabólico ruim, que foram, em sua totalidade, encaminhados corretamente. São resultados importantes, uma vez que essas situações requerem cuidados especiais, dado o maior risco de complicações (infarto e AVC, no caso de hipertensos, e amputações e doença renal crônica, no caso de diabéticos) e de mortalidade. As ações propostas pela equipe multiprofissional do Hiperdia possibilita monitorar e buscar intervenções mais efetivas no aspecto preventivo do serviço.

O maior tempo de diagnóstico da HAS foi associado ao encaminhamento correto, o que sugere que o maior tempo de convivência com a doença contribuiu para o aparecimento de complicações e agravos, que justificariam o encaminhamento para o nível secundário de atenção à saúde. Já, as características do perfil dos usuários, como faixa etária e escolaridade, não afetaram o correto encaminhamento.

Quanto aos beneficiados com transporte público municipal para acesso ao Hiperdia, quase metade foi incorretamente encaminhada. Isso é preocupante, uma vez que a falha do encaminhamento onera os cofres públicos municipais, ao disponibilizar transporte a indivíduos com situação de saúde não consoante com os critérios de encaminhamento determinados pelas políticas públicas do setor. Nesse contexto, pode-se pensar em possíveis fragilidades no processo de formação dos profissionais que efetuaram o encaminhamento com base em diagnósticos clínicos incorretos. Outra explicação para o incorreto encaminhamento de grande quantidade de pessoas, que receberam o benefício do transporte, pode ser creditada ao fato dos gestores de saúde pública não terem implementado projetos de educação permanente a profissionais, que os orientasse quanto a critérios clínicos para referenciar pacientes ao Hiperdia.

Um resultado positivo encontrado nesta investigação é que a maioria das pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou de diabetes tem acesso integral à medicação prescrita no SUS, principalmente entre os adultos e as pessoas com menor renda familiar mensal, considerando que a escolaridade não influenciou no acesso aos medicamentos. Esse achado sugere atitudes proativas dos profissionais na orientação dos usuários, já que, em princípio, o analfabetismo poderia restringir a probabilidade de acesso à informação, de modo que, se os profissionais não os tivessem orientado corretamente, os sujeitos teriam ficado à margem do usufruto de um benefício que a lei lhes garante, por mero desconhecimento.

Como a compra de medicamentos para hipertensão e diabetes compromete 12% do orçamento das famílias de baixa renda ¹², em 2011 foi lançada a campanha Saúde Não Tem Preço, com o objetivo de divulgar, em nível nacional, a gratuidade desses medicamentos, disponíveis no Programa Farmácia Popular do Brasil, instituído pelo Decreto 5.090/2004 ¹³. O Programa Farmácia Popular foi regulamentado pela Portaria 971/2012, do Ministério da Saúde ¹⁴, que considera a necessidade de oferecer alternativas de acesso à assistência medicamentosa, com vistas a promover a integralidade do atendimento à saúde, assegurando medicamentos essenciais para tratar os agravos de maior incidência na população.

Este estudo apresenta a limitação de ter sido realizado em parte dos usuários do centro Hiperdia, apesar de a amostra ter sido definida a partir de cálculo amostral para representar o total de cadastrados. Outra questão que merece ser discutida é a existência de possíveis vieses quanto às informações prestadas pelos sujeitos pesquisados, o que pode subestimar ou superestimar os dados encontrados. Além do mais, devido ao desenho transversal desta pesquisa, não foi possível tirar conclusões de causa e efeito com base nas associações verificadas entre as variáveis dependentes (referenciamento e acesso à medicação) e as variáveis independentes. Contudo, o presente estudo é importante por investigar temáticas que envolvem políticas públicas de saúde: referenciamento e acesso à medicação para hipertensão e diabetes.

Justiça distributiva e equidade

A justiça, em sentido estrito, manifesta-se na distribuição de funções, dinheiro ou outros recursos que deveriam ser repartidos entre as pessoas que compartilham benefícios outorgados pelo poder público. Um e outro indivíduo podem apresentar,

entre si, níveis de participação diferentes ou iguais nos benefícios ofertados pelo serviço público de saúde ³. Assim, injustiça seria oferecer benefícios e encargos em quantia menor ou maior à que é devida a determinado sujeito ¹⁵. Portanto, seria injusto referenciar uma pessoa sem demanda para o serviço especializado, uma vez que esse serviço prevê oferta de benefícios em maior quantidade que a necessidade do sujeito. Isso implica destinar horas clínicas especializadas para condições de saúde passíveis de acompanhamento e assistência em nível primário, ou seja, na atenção básica do sistema público de saúde.

Autores como Beauchamp e Childress concordam que, no campo da saúde, a justiça deve ser distributiva, isto é, aquela que contempla uma ordenação equitativa de direitos e benefícios, os quais devem ser explicitados nas situações de escassez de recursos e de competição ¹⁶. Na alocação de tratamentos pouco disponíveis no serviço público, caberia a reflexão sobre o fato de que nem todas as pessoas carentes de tratamento especializado têm acesso a ele. Nessa linha de raciocínio, os indivíduos referenciados incorretamente, ao usufruir de tratamentos especializados e escassos, comprometem o acesso daqueles que realmente precisam desse tipo de tratamento.

A questão do aumento das doenças crônico-degenerativas resulta na necessidade de estabelecer limites, critérios e parâmetros para priorizar tanto as ofertas em saúde quanto os beneficiados. Tais decisões envolvem valores morais e princípios éticos prevalentes em uma sociedade, além de questões políticas e legais ¹⁷. Melhorar a eficiência dos gastos públicos é procedimento ético. Desse modo, a validade científica e o sucesso do procedimento constituem-se em critérios eticamente corretos, uma vez que o uso de recurso escasso, sem chance de benefício, é desperdício injusto ¹⁷.

No campo das políticas de saúde, o tema da equidade ganha evidência a partir da década de 1990, articulado com o debate do perfil dos gastos em saúde pública, marcado pelo desenfreado aumento das despesas desse setor ¹⁸. Polissêmico, o princípio da equidade pode ser interpretado como priorização de recursos para as pessoas mais desassistidas, em contradição com a assistência integral de todos os indivíduos conforme suas necessidades de saúde ¹⁹.

Contudo, nos casos de pessoas com alto risco cardiovascular, o investimento público se justifica, na medida em que as ações no nível secundário – como as executadas no Hiperdia – oferecem melhor

custo-benefício, tomando como base um modelo assistencial focado na atenção às condições crônicas, a exemplo da HAS e da diabetes. Sendo assim, pode-se afirmar que, de acordo com a teoria da justiça distributiva, o correto encaminhamento para o nível secundário é justo³. O encaminhamento correto das pessoas que deveriam receber atenção diferenciada no caso, no centro Hiperdia – para tratamento de saúde, atinge a finalidade da justiça distributiva: dar a cada indivíduo aquilo que lhe é devido, na medida de suas necessidades.

Nas decisões que envolvem justa distribuição dos recursos em saúde, cabe refletir sobre a responsabilidade do poder público na proposição de políticas, na definição dos recursos a serem dirigidos ao setor e na distribuição das prioridades entre as instituições de saúde²⁰. As políticas do setor muitas vezes optam por medidas que irão atingir poucos indivíduos, contrariando a teoria utilitarista³. Para definir os critérios de justiça distributiva, há diversos parâmetros, como liberdade individual, necessidades individuais, equidade, além de utilidade social. Apesar de o último critério ser o mais adotado pelos planejadores de saúde, o justo é alocar recursos que proporcionem mais benefícios a mais pessoas²⁰. Neste estudo, o encaminhamento correto para o Hiperdia empregou o critério de necessidades individuais para fundamentar a distribuição justa do recurso em saúde.

No que se refere ao construto da justiça distributiva, a teoria de Deutsch²¹, defende que os princípios distributivos – igualdade, necessidade e equidade – sejam usados conforme o contexto distributivo. Diferentemente da equidade, a igualdade estabelece divisão equivalente de bens na sociedade; e, quanto ao princípio da necessidade, propõe-se que as pessoas economicamente menos favorecidas devam receber mais benefícios que as demais²¹. No caso do presente estudo, a oferta de transporte gratuito a pessoas pobres para ter acesso ao Hiperdia respeita os princípios da igualdade e da necessidade, tendo em vista a falta de veículo próprio ou recurso para usar transporte coletivo. Contudo, se o sujeito não tem condição de saúde que justifique o encaminhamento, a equidade não foi respeitada, já que o transporte deveria ser disponibilizado apenas para aqueles com reais necessidades de atendimento no Hiperdia. Na reflexão acerca da justiça distributiva, conforme afirmou Nedel, *se algo deve ser distribuído, que a distribuição não seja arbitrária, ela tem que ser justa*²².

Nesse quadro, cabe discutir uma questão candente no Brasil que diz respeito não só à insuficiência de recursos, mas especialmente à sua má distribuição. Quando se compara o gasto social em saúde com o de outros países, observa-se que não há insuficiência, e sim ineficiência²³. Os resultados desta pesquisa demonstram o uso inadequado de recursos para transportar pessoas que não se enquadravam nos critérios de atendimento no nível secundário de HAS e diabetes.

Nessa perspectiva, cabe a preocupação com a sustentabilidade dos serviços na área da saúde. A reflexão bioética deve concentrar-se na limitação dos direitos à atenção em saúde e especificar os serviços sanitários que poderiam ser efetivamente custeados com o recurso público. A questão principal reside mais na possibilidade de justificar os gastos sociais em saúde, do que na visão do direito à saúde como direito inalienável ou preexistente²⁴.

Com relação aos usuários sem nenhum acesso à medicação prescrita, ou com acesso parcial, deve-se refletir acerca da seguinte questão: por que esses usuários ainda não conseguiram usufruir do benefício ofertado a hipertensos e diabéticos? Uma hipótese é a simples falta de conhecimento acerca do direito a medicamentos gratuitos para hipertensão ou *diabetes mellitus*. Outra resposta pode ser que essas pessoas não fazem parte de grupos organizados, que lutam pelo cumprimento de seus direitos constitucionais, seja por meio da cooperação entre seus participantes para o enfrentamento dos problemas, seja por petições de demandas dirigidas aos gestores públicos. Em ambas as situações, evidencia-se a vulnerabilidade social, que, somada à vulnerabilidade física decorrente da própria doença, indicaria a necessidade, justamente desses pacientes, de receber atenção prioritária no sistema de saúde pública.

Ainda quanto à desigualdade de acesso aos medicamentos, este estudo detectou que, para os usuários contemplados com toda a medicação prescrita, a justiça obtida pode ser considerada individualista²⁵. Essa seria uma ética individualista, conservadora das desigualdades na sociedade²². Outro fator que pode ter contribuído para a desigualdade de acesso à medicação seria a procedência dos pesquisados, oriundos de 16 municípios, cada qual contando possivelmente com diferente organização logística de farmácias populares da rede SUS. Para esses indivíduos sem nenhum acesso à medicação, ou com acesso parcial, é de fundamental importância que a equipe de saúde os conscientize do

problema, bem como incentivem a organização para a busca de soluções e para a construção da cidadania.

Considerações finais

Verificou-se, neste estudo, a existência de falhas no referenciamento de casos de HAS e de diabetes para o nível de atenção secundária no serviço público estadual Hiperdia. Apesar de ser um nível de atenção especializada destinado aos casos de maior gravidade, o Hiperdia Minas recebe indivíduos cujo acompanhamento pode ser feito pela atenção primária do SUS. Para agravar esse quadro, entre os referenciamentos incorretos, encontra-se quase a metade das pessoas que foram beneficiadas com transporte público gratuito para chegar ao serviço de assistência, pelas secretarias de saúde dos municípios da área de abrangência do Hiperdia. Nesse caso, a oferta de benefícios em maior quantidade que a necessidade caracteriza-se injustiça na alocação de recursos públicos em saúde.

Um aspecto positivo a destacar é que a grande maioria das pessoas com diagnóstico de hipertensão

arterial e/ou diabetes tem acesso total à medicação no SUS, benefício associado ao grupo de menor renda mensal familiar.

O estudo suscita a necessidade de promover ações de educação permanente para os trabalhadores da atenção básica, nas temáticas “gestão de casos” e “definição de critérios de referenciamento” para o Hiperdia. A proposta de qualificação profissional contribuiria para minimizar o desperdício de dinheiro público que, nesse caso, foi desnecessariamente empregado tanto em transporte quanto em atenção especializada de nível secundário do SUS. Esse investimento poderia ser alocado para outros serviços de saúde no âmbito do SUS, como, por exemplo, a criação ou expansão de farmácias populares para distribuição gratuita dos medicamentos. Isso minimizaria os agravos dos que convivem com a hipertensão arterial e/ou diabetes e que não têm acesso a esse recurso terapêutico.

Por fim, conclui-se que a distribuição dos benefícios em saúde no nível secundário de atenção na rede do SUS deve embasar-se no princípio ético da justiça distributiva e da adoção de medidas equitativas, de modo a contribuir para o funcionamento pleno da proposta do Hiperdia.

A pesquisa que serviu de base para a elaboração deste artigo contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig).

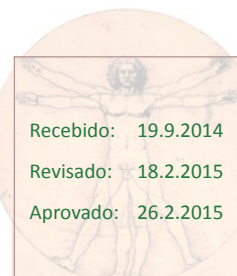
Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 dez 2010;seção 1, p. 89.
2. Aristóteles. Ética à Nicômaco. São Paulo: Nova Cultural; 1996. (Coleção Os Pensadores).
3. Fortes PAC. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. Rev. bioét. (Impr.). [Internet]. 2008 [acesso 10 fev 2015]; 16(1):25-39. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/53/56
4. Deutsch M. Equity, equality, and need: what determines which value will be used as the basis of distributive justice. Journal of Social Issues. 1975;31(3):137-49.
5. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 2.606, de 7 de dezembro de 2010. Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências. [Internet]. 2010 [acesso 15 out 2014]. Disponível: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolucao%202606_10.pdf
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. [Internet]. [acesso 14 mar 2013]. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
7. D'Agostinho RD, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM *et al.* General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham heart study. Circulation. 2008;117(6):743-53.
8. Brasil. Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 jun 2012;(12):seção 1, p. 59.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Latino Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica. Arq Bras Cardiol. 2011;97(3 Suppl):1-48.
10. Punukollu G, Gowda RM, Khan IA, Navarro VS, Vasavada BC. Clinical aspects of the Chagas' heart disease. Int J Cardiol. 2007;115(3):279-83.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Diabetes mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Farmácia popular. [Internet]. 2014 [acesso 19 maio 2015]. Disponível: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/l1-farmacia-popular/9678-farmacia-popular-do-brasil>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o "Programa Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. [Internet]. 2004 [acesso 10 fev 2015]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. [Internet]. 2012 [acesso 10 fev 2015]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0971_15_05_2012.html
15. Bittar ECB. Curso de filosofia do direito. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
16. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
17. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):696-701.
18. Berlinguer G. Equidade, seletividade e assistência à saúde. Lua Nova. 1999;(47):73-103.
19. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. Saúde Soc. 2006;15(2):23-33.
20. Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli ELPC, organizadores. Bioética e saúde pública. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2004.
21. Deutsch M. Equity, equality, and need: what determines which value will be used as the basis of distributive justice. Journal of Social Issues. 1975;31(3):137-49.
22. Nedel J. Ética, direito e justiça. Porto Alegre: Edipucrs; 2000.
23. Rocha S. Alguns consensos sobre a questão da pobreza no Brasil. In: Dowbor L, Kilsztajn S, organizadores. Economia social no Brasil. São Paulo: Senac; 2008.
24. Beauchamp TL, Faden RR. The right to health and the right to the health care. J Med Philos. 1979;4(2):118-31.
25. Oliveira SLC, Lunardi Filho WD. Aids e diabetes mellitus versus justiça distributiva no sistema público de saúde. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2004 [acesso 19 jun 2014];57(6):750-53. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000600025&script=sci_arttext

Participação dos autores

André Luiz Cândido Sarmento Drumond Nobre e Simone de Melo Costa participaram de todas as etapas de pesquisa e produção do presente artigo. Orlene Veloso Dias, Maisa Tavares de Souza Leite e Daniel de Melo Freitas participaram da análise dos dados e revisão crítica do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.



Anexo

Roteiro para levantamento dos dados

HIPERDIA – 2013

Data de atendimento: ____ / ____ / 2013

Nº da ficha ____

CONDIÇÃO DE SAÚDE E CONTROLE DE CONSULTAS:

(1) Hipertenso (2) Diabético (3) Hipertenso e diabético (4) Nenhuma das duas (HAS e diabetes)

Há quanto tempo teve diagnóstico de (1) DM: ____ anos e/ou (2) HAS: ____ anos

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E RELIGIOSO:

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| | Data de nasc.: ____ / ____ / ____ | Idade: ____ anos |
| Sexo: | (1) Masculino (2) Feminino | |
| Estado civil: | (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/amasiado(a)/união estável (3) Viúvo(a) (4) Separado(a)/desquitado(a) | |
| Sua cor é: | (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena | |
| Escolaridade: | ____ anos de estudo | |
| Renda familiar mensal: | R\$ | Nº de pessoas Renda per capita: R\$ |
| Município onde mora: | (1) Brasília de Minas (2) Campo Azul (3) Ibiracatu (4) Icaraiá (5) Japonvar (6) Lontra (7) Luislândia (8) Mirabela (9) Patis (10) Pintópolis (11) São Francisco (12) São João da Ponte (13) São Romão (14) Ubaí (15) Urucuia (16) Varzelândia | |
| Ocupação laboral: | (1) Aposentado (2) Desempregado(a) (3) Do lar (4) Pensionista (4) Outros. Atividade desenvolvida: | |
| Se aposentado: | (1) Idade/tempo de serviço (2) Auxílio-doença (3) Invalidez | |
| Você tem religião? | (1) Não (2) Católica (3) Evangélica (4) Outra: | |

HISTÓRIA PREGRESSA E ESTILO DE VIDA:

| | |
|-------------------------|---|
| Doenças prévias: | (1) Não (2) AVC (3) Dislipidemia (colesterol/triglicérides elevado) (4) Infarto (5) Doença de Chagas (6) Insuficiência renal (7) Pé diabético (8) Amputações por diabetes (9) Depressão (10) Outras: |
|-------------------------|---|

DADOS BIOLÓGICOS:

| | | |
|--|----------------------|-------------|
| Altura: ____ m | Peso: ____ kg | IMC: |
| (1) Normal (2) Sobrepeso (3) Obesidade grau I (4) Grau II (5) Grau III | | |
| Glicemia capilar: | ____ mg/dL | |
| PA (consultório, sentado, condições ideais): PAS | × PAD | mmHg |

| Classificação de risco global (Framingham) Categoria | Critérios isolados de alto risco cardiovascular (SES/MG) |
|---|---|
| (1) Baixo | (1) Ins. coronariana (2) Ins. cardíaca (3) Hipert. VE |
| (2) Moderado | (4) Ins. arterial periférica (5) IRC estágio 3 ou mais (6) AVE ou AIT |
| (3) Alto | (7) HA resistente (8) Suspeita de HA secundária |

Classificação de diabéticos (SES/MG)

| Condição | Critério |
|-----------------------------------|--|
| (1) Controle metabólico bom | Hb glicada < 7% / glicemia de jejum < 130 mg/dL |
| (2) Controle metabólico regular | Hb glicada entre 7% e 9% / glicemia de jejum entre 130 e 200 mg/dL |
| (3) Controle metabólico ruim | Hb glicada > 9% / glicemia de jejum > 200 mg/dL |

| | |
|--|--|
| Ficha de referência preenchida por: | (1) Médico(a) (2) Enfermeiro(a) (3) Outro: |
| Correto referenciamento: | (1) Sim (2) Não |

ACESSO (TRANSPORTE/MEDICAMENTOS)

| | |
|---|---|
| Tipo de transporte para chegar ao Hiperdia: | (1) Próprio (2) Transporte gratuito da Prefeitura (3) Ônibus (coletivo) (4) Outro: |
| Tem acesso a todos os medicamentos receitados? | (1) Sim (2) Não (3) Em parte |