



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Soares Sousa Carvalho Filha, Francidalma; Tolstenko Nogueira, Lídyá; Medina, Maria
Guadalupe

Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de
profissionais e usuários

Saúde em Debate, vol. 38, outubro, 2014, pp. 265-278

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341750020>

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

redalyc.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

Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários

Evaluation of the control of hypertension and diabetes in primary care: perspective of professionals and users

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha¹; Lídyia Tolstenko Nogueira²; Maria Guadalupe Medina³

RESUMO Pesquisa por triangulação de métodos com o objetivo de avaliar o Plano de Reorientação da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes na perspectiva de profissionais de saúde e usuários de Caxias (MA). Os profissionais foram contraditórios quanto aos aspectos positivos e negativos do Plano, quando citaram os mesmos itens, como medicamentos e exames, ora elogiando o acesso gratuito, ora abordando a falta constante e dificuldades de acesso. Quanto aos usuários, 64,1% avaliaram a assistência recebida como boa. Concluiu-se que importantes iniciativas precisam ser implementadas para melhorar o Plano, como a ampliação do acervo e da quantidade de medicamentos e intensificação do rastreamento e acompanhamento.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; *Diabetes mellitus*.

ABSTRACT Research by triangulation of methods aiming to evaluate the Care Reorientation Plan for Hypertension and Diabetes, in the perspective of health professionals and users from Caxias (MA). The professionals were contradictory regarding the positive and negative aspects of the Plan, when mentioning the same items such as medicines and exams, sometimes praising the free access, other times, addressing the constant shortage and the difficulties of access. Regarding the users, 64.1% evaluated the care received as good. It was concluded that important initiatives need to be implemented to improve the Plan, such as the expansion of the variety and amount of drugs and intensification of tracking and monitoring.

KEYWORDS Evaluation in health; Primary Health Care; Hypertension; *Diabetes mellitus*.

¹Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil. Coordenadora de Atenção Primária e Vigilância em Saúde – Caxias (MA), Brasil. francidalmafilha@gmail.com.

²Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil. lidyatn@gmail.com

³Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Pesquisadora da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. medina@ufba.br

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis, consideradas uma epidemia na atualidade, constituem um sério problema de Saúde Pública tanto em países desenvolvidos quanto nos que estão em desenvolvimento. Nesse rol incluem-se as afecções cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o *diabetes mellitus* (DM), além das desordens mentais e neurológicas, bucais, oculares, auditivas, ósseas e articulares e as alterações genéticas, por se considerar que exigem contínua atenção e esforços de um conjunto de equipamentos de Políticas Públicas e da sociedade em geral (OMS, 2005).

Dentre essas, ressalta-se a relevância da HAS e do DM por serem importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular e representarem um desafio para o sistema público de saúde, que é garantir o acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças.

A esse respeito, sabe-se que a prevalência referida de hipertensão na população brasileira na faixa etária de 15 anos ou mais é de 18%, e de diabetes, de 3,6%. No Maranhão, a prevalência estimada de HAS em indivíduos nessa faixa etária é de 13,1%, o que representa 14.949 doentes em Caxias (MA). Quanto ao diabetes, a estimativa para a mesma população é de 3,3%, que equivale a 3.765 diabéticos em Caxias (MA) (IBGE, 2010).

O Ministério da Saúde estima que no município de Caxias (MA) existam cerca de 22.000 hipertensos e 5.000 diabéticos (BRASIL, 2006A; 2006B). Entretanto, no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SIS-HiperDia), em vigor até 2013, estavam cadastrados, no ano de 2012, 7.768 hipertensos e 3.132 diabéticos, entre os quais 2.585 também apresentavam hipertensão.

A grande defasagem entre as estimativas epidemiológicas e os dados dos serviços relativos ao cadastro de pacientes com hipertensão e diabetes demonstra a baixa efetividade das ações de controle desses problemas, especialmente no âmbito da Atenção Básica, e revela também a necessidade de um acompanhamento mais intenso das atividades realizadas por parte dos gestores e dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento.

O HiperDia constitui um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, em que os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos usuários e preenchimento de dados. Visa ao monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorientação da Atenção à HAS e ao DM e à geração de informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos regular e continuamente.

Os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento dos usuários. Ademais, a educação em saúde precisa ser incorporada às suas práticas cotidianas, por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008).

Compreender a dinâmica de desenvolvimento das práticas de atenção ao usuário parece crucial para desvendar a natureza e as especificidades relacionadas às dificuldades de êxito das ações de controle implementadas no âmbito da Atenção Básica. Por esse motivo, este estudo teve como objetivo avaliar o Plano de Reorientação da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, implementado nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Caxias (MA), na perspectiva de profissionais de saúde e usuários, e apoiou-se nas seguintes questões norteadoras: como os profissionais da Estratégia Saúde da Família avaliam suas ações voltadas aos usuários com hipertensão

e/ou diabetes? As atividades desenvolvidas por esses profissionais estão em conformidade com as normas do HiperDia? Como os usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliam as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde?

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com três eixos de investigação, utilizando triangulação de métodos (MINAYO, 2005): a) avaliação de conformidade (ou normativa), em que foram analisadas as ações desenvolvidas pelos profissionais por referência ao que está preconizado nos documentos do HiperDia; b) análise da percepção de profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica e c) análise da percepção de usuários que vivenciam a assistência.

O cenário desta investigação foi o município de Caxias (MA) com uma população de 155.129 habitantes (IBGE, 2012). Segundo dados da Coordenação da Atenção Básica, o município contava, em 2012, com 58 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana e 11 da zona rural.

Foram sujeitos desta pesquisa profissionais e usuários dos serviços de Atenção Básica. Quanto aos profissionais, participaram do estudo 28 médicos, 32 enfermeiros, 32 auxiliares/técnicos de enfermagem e 32 agentes comunitários de saúde. De posse da lista nominal desses sujeitos, com base nos dados cadastrais dos profissionais em cada UBS do município, foi selecionado, por meio de sorteio, um representante de cada categoria profissional por UBS. Quatro médicos se negaram a participar do estudo. Quanto aos usuários, foi realizada uma amostra aleatória simples, sendo a unidade amostral o usuário registrado no HiperDia. De acordo com o relatório do SIS-HiperDia (2012), existiam 10.900 hipertensos e/ou diabéticos cadastrados. Para o cálculo amostral, aplicou-se

a fórmula a seguir, conforme Fonseca e Martins (1996):

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado. ($Z_{\alpha/2} = 1,88$)

p = Proporção populacional de indivíduos que pertencem à categoria de interesse para o estudo.

q = Proporção populacional de indivíduos que não pertencem à categoria de interesse para o estudo ($q = 1 - p$).

E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (p).

Assim:

$$n = \frac{10900 \times 0,033 \times 0,967 \times (1,88)^2}{0,033 \times 0,967 \times (1,88)^2 + 10899 \times (0,01)^2}$$

$$\Rightarrow n = \frac{347,8299 \times 3,5344}{0,031911 \times 3,5344 + 10899 \times (0,0001)}$$

$$n = \frac{1229,3699}{0,1127862 + 1,0889} \quad n = \frac{1229,3699}{1,2016862}$$

$$n = 1023$$

A moldura da amostragem teve a enumeração de 1 a N. A amostra final constou de 1.024 usuários. Esse tamanho de amostra (n) permitiu estimar o parâmetro com margem de erro tolerável de 1% e nível de confiança de 94%.

A avaliação de conformidade foi feita por referência às atribuições específicas para cada categoria profissional, estabelecidas nos protocolos do HiperDia. Para avaliação da percepção dos profissionais, foi realizada uma entrevista semiestruturada que considerou as atividades desenvolvidas na UBS e/ou na comunidade referentes ao Plano, as estratégias utilizadas para aumentar o número de usuários cadastrados e intensificar o acompanhamento, a realização de ações de educação em saúde, aspectos positivos e negativos do HiperDia, conforme realizado em Caxias (MA), e a avaliação da assistência prestada.

Quanto aos usuários, foi aplicado um formulário com perguntas fechadas que considerou o grau de instrução, faixa etária, tempo de realização do tratamento, dificuldades para realizar a terapêutica, participação em atividades de educação em saúde, frequência de realização de consultas e exames, dieta alimentar e avaliação da assistência recebida.

Foi realizada análise descritiva dos dados quantitativos, com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 18.0 for Windows)*. Para a análise dos dados qualitativos foram feitas, como proposto por Bardin (1979), leituras das falas dos sujeitos ao longo da entrevista, detendo-se ora na análise mais imediata do conteúdo exposto, ora nas teias de relações que se evidenciavam entre diferentes pontos do tema em discussão. Toda essa leitura e o que dela adveio foi cuidadosamente anotado, com vistas a se identificar o seu significado naquele tópico e na pesquisa como um todo. Finalmente, esse processo produziu a organização do conteúdo em categorias conforme sua abrangência e importância para a pesquisa e agrupadas em aspectos positivos e negativos do HiperDia.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 02870.045.000-10.

Resultados e discussão

O Plano de Reorientação da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2001, é uma grande iniciativa e uma importante ferramenta para reestruturar o atendimento aos doentes e proporcionar uma assistência resolutiva e de qualidade a todos os usuários captados por intermédio da Atenção Básica.

A esse respeito, conforme o SIS-HiperDia (2012), observou-se que no estado do Maranhão 99% de seus 217 municípios fizeram adesão ao HiperDia, embora uma pesquisa desenvolvida por Castro et al., (2010) tenha revelado que 21,9% dos municípios maranhenses que faziam parte do Plano não apresentavam números no sistema, isto é, mesmo que desenvolvessem as ações aos hipertensos e/ou diabéticos, tais informações não eram enviadas.

Além disso, uma pesquisa realizada na Atenção Básica em Caxias (MA) demonstrou que 55% dos hipertensos entrevistados desconheciam a hipertensão e não sabiam caracterizá-la quanto à cura e 37,5% apresentaram episódios de internações hospitalares decorrentes do descontrole pressórico, o que demonstra a importância de uma assistência sistematizada, resolutiva e individualizada, buscando desenvolver nos usuários o aumento do saber sobre a doença e a prevenção de complicações e sequelas (MOUSINHO; MOURA, 2008).

Ressalta-se que o funcionamento do HiperDia em Caxias (MA) revela limitações que, de fato, podem prejudicar o sucesso do Plano: o fornecimento de medicamentos é atrelado à Farmácia Básica do município e, nem sempre, a distribuição supre a necessidade de todos os usuários; o HiperDia não possui financiamento próprio; não existem veículos para a realização de visitas domiciliares e atividades de educação em saúde na comunidade e não há distribuição de materiais educativos sobre a HAS e o DM.

Avaliação de conformidade

O *quadro 1* mostra que, entre as 16 atribuições específicas aos médicos nos protocolos do HiperDia, esses profissionais informaram a realização de apenas cinco. Assim, seis (21,4%) citaram a realização de atividades de Educação em Saúde; 10 (35,7%) a orientação sobre os fatores de risco da hipertensão e do diabetes; 22

(78,5%) a prescrição de medicamentos e 12 (42,8%) a solicitação de exames. Nenhum médico referiu a implementação de ações, como rastreamento de HAS e DM, prescrição de terapias não medicamentosas, encaminhamento aos serviços de referência e avaliação da qualidade do cuidado aos doentes.

Os enfermeiros citaram a realização de oito ações, quando existem, pelo menos 19

Quadro 1. Atribuições preconizadas pelo HiperDia e ações realizadas por médicos e enfermeiros atuantes na Atenção Básica. Caxias, MA, 2012

Atribuições	Profissionais			
	Médicos		Enfermeiros	
	*P	*R n(%)	*P	*R n(%)
Realizar atividades de Educação em Saúde individuais e coletivas	X	6(21,4)	X	18(56,2)
Orientar sobre os fatores de risco da HAS e do DM	X	10(35,7)	X	14(43,7)
Fazer registros em cartões de aprazamento	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Rastrear a HAS e o DM	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Verificar o comparecimento dos usuários às consultas na UBS	X	0(0,0)	X	12(37,5)
Estabelecer estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Registrar dados do atendimento em prontuários e fichas específicas	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Ajudar o paciente a seguir orientações alimentares e de exercício físico	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Realizar consultas médicas para confirmação diagnóstica	X	22(78,5)	-	-
Prescrever medicamentos e tomar a decisão terapêutica	X	25(89,2)	-	-
Prescrever tratamento não medicamentoso	X	0(0,0)	-	-
Observar a presença de complicações e sequelas	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Solicitar exames de acompanhamento	X	12(42,8)	X	18(56,2)
Encaminhamento aos serviços de referência	X	0(0,0)	X	11(34,3)
Organizar a participação de toda a equipe no tratamento do doente	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Avaliar a qualidade do cuidado prestado e planejar ações aos doentes	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Realizar consultas de enfermagem para acompanhamento	-	-	X	28(87,5)
Capacitar auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS	-	-	X	0(0,0)
Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências	-	-	X	0(0,0)
Encaminhamento às consultas médicas	-	-	X	11(34,3)
Verificar: PA, glicemia, peso, estatura, circunferência abdominal	-	-	X	5(15,6)
Orientar sobre automonitorização: glicemia, PA e aplicação da insulina	-	-	X	0(0,0)

Fonte: Brasil (2006a; 2006b)

Legenda: P: atribuições preconizadas; *R: ações realizadas em número e porcentagem. -: não são atribuições.

preconizadas. Nesse sentido, 18 profissionais (56,2%) informaram a realização de atividades educativas; 14 (43,7%) a orientação sobre os fatores de risco da HAS e do DM; 12 (37,5%) a observação do comparecimento dos usuários às consultas; 18 (56,2%) a solicitação de exames; 11 (34,3%) o encaminhamento aos serviços de referência; 28 (87,5%) a realização de Consultas de Enfermagem e cinco (15,6%) a verificação de PA, glicemia e medidas antropométricas. Nenhum enfermeiro mencionou registro em prontuários e cartões de aprazamento, organização e capacitação da equipe, avaliação do cuidado prestado, prescrição de medicamentos e orientação sobre automonitorização de PA e glicemia.

Observou-se que as ações realizadas distanciam-se do que é indicado nos protocolos do HiperDia, fato que demonstra o desconhecimento desses profissionais acerca das normas e rotinas, a resistência a realizá-las e/ou a não percepção de sua importância, embora seja disponibilizado material impresso, distribuído em todas as UBS do município, anualmente, conforme a Coordenação da Atenção Básica.

A esse respeito, Costa, Silva e Carvalho (2011) referem que no HiperDia médicos e enfermeiros têm realizado o rastreamento da população de risco para esses dois agravos, entretanto, não há seguimento integral das recomendações do MS e, de acordo com Medina e Hartz (2009), falta preparo para lidar com hipertensos e/ou diabéticos. Por isso, enfatizam a importância da adoção de medidas para a capacitação desses profissionais, visando prepará-los para um atendimento eficiente, efetivo e eficaz.

O quadro 2 exhibe as atribuições preconizadas pelo HiperDia aos auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, comparando com o que tais profissionais afirmaram realizar no cotidiano da SF.

Em se tratando dos auxiliares/técnicos de enfermagem, verificou-se que, entre as 14 atribuições, essa categoria afirmou que desenvolvem sete, assim referidas: seis (18,7%)

profissionais indicaram a realização de atividades educativas; três (9,3%) a orientação acerca dos fatores de risco; 15 (46,8%) o registro em cartões de aprazamento e em fichas específicas; 23 (71,8%) a verificação de PA, glicemia e medidas antropométricas; nove (28,1%) a orientação sobre automonitorização de PA, glicemia e aplicação de insulina e 24 (75%) o fornecimento de medicamentos.

Quanto aos ACS, das 12 atribuições preconizadas eles informaram a efetivação de duas: realização de atividades de educação em saúde, referido por 28 profissionais (87,5%), e orientação dos usuários sobre os fatores de risco da HAS e DM, apontada por 11 (34,3%).

Os auxiliares/técnicos de enfermagem, quando atuam especificamente no controle de doenças crônicas, a captação ativa de demanda geralmente é realizada mensurando-se, inicialmente, a pressão arterial de todos os indivíduos que chegam à UBS. Em seguida, em se verificando alterações, são agendadas consultas e também são implementados procedimentos de enfermagem e orientações sanitárias nos domicílios (ESPÓSITO, 2011).

Em um estudo desenvolvido por Medina e Hartz (2009), averiguou-se a participação efetiva do ACS, com o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção, sobretudo por meio de visitas domiciliares e grupos educativos, assemelhando-se ao que informou essa categoria profissional nessa pesquisa, quando citaram atividades de educação em saúde e orientações.

Neste trabalho verificou-se que os profissionais de saúde realizam importantes atividades junto aos hipertensos e/ou diabéticos, mas, em geral, não planejam essas ações, nem existe uma continuidade na oferta. Além disso, pouco se observa o trabalho em equipe no rastreamento e busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos e na implementação das ações coletivas, que, quando são realizadas, partem principalmente da iniciativa de enfermeiros e agentes comunitários de saúde, demonstrando que o HiperDia não tem sido desenvolvido em sua plenitude e, em geral,

Quadro 2. Atribuições preconizadas pelo HiperDia e ações realizadas por auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde atuantes na Atenção Básica. Caxias, MA, 2012

Atribuições	Profissionais			
	AT		ACS	
	*P	*R n(%)	*P	*R n(%)
Realizar atividades de Educação em Saúde individuais e coletivas	X	6(18,7)	X	28(87,5)
Orientar as pessoas sobre os fatores de risco da HAS e DM	X	3(9,3)	X	11(34,3)
Fazer registros em cartões de aprazamento	X	11(34,3)	X	0 (0,0)
Rastrear a HAS e o DM	X	0 (0,0)	X	0 (0,0)
Verificar o comparecimento dos usuários às consultas na UBS	X	0 (0,0)	X	0 (0,0)
Estabelecer estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento	X	0 (0,0)	X	0 (0,0)
Registrar dados do atendimento em prontuários e fichas específicas	X	4(12,5%)	-	-
Ajudar o paciente a seguir orientações alimentares e exercício físico	-	-	X	0 (0,0)
Observar a presença de complicações e sequelas	-	-	X	0 (0,0)
Verificar níveis de PA, glicemia e medidas antropométricas	X	23(71,8)	-	-
Orientar sobre monitorização: glicemia, PA e aplicação da insulina	X	9(28,1)	-	-
Encaminhamento às consultas de enfermagem	X	0 (0,0)	X	0 (0,0)
Cuidar de tensiômetros e glicosímetros e solicitar manutenção	X	0 (0,0)	-	-
Orientar sobre a realização dos exames solicitados	X	0 (0,0)	-	-
Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição	X	0 (0,0)	-	-
Fornecer medicamentos para pacientes em tratamento	X	24(75)	-	-
Encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa	-	-	X	0 (0,0)
Verificar se o paciente usa regularmente os medicamentos	-	-	X	0 (0,0)
Estimular os pacientes a organizarem-se em grupos de autoajuda	-	-	X	0 (0,0)

Fonte: Brasil (2006a; 2006b)

Legenda: A/T: auxiliares/técnicos de enfermagem; ACS: agentes comunitários de saúde. P: atribuições preconizadas; *R: ações realizadas em número e porcentagem. -: não são atribuições.

as atribuições indicadas pelo MS para cada categoria profissional distanciam-se da realidade da SF no município.

Percepção dos profissionais de saúde sobre o HiperDia

Os dados obtidos a partir das entrevistas realizadas com os profissionais da SF, quanto ao seu desempenho no Plano, foram

organizados em um quadro, no qual se dispuseram as percepções destes profissionais quanto aos aspectos positivos e negativos do HiperDia. Dessa maneira, os achados dispostos no quadro foram separados em colunas que demonstram as interlocuções de cada categoria profissional: médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Verificou-se que os profissionais de saúde contradiziam suas próprias respostas e,

Quadro 3. Aspectos positivos e negativos do HiperDia segundo os profissionais de saúde. Caxias, MA, 2012

Aspectos abordados	Profissionais				Total n(%)
	M n(%)	E n(%)	AT n(%)	ACS n(%)	
Positivos					
Medicamento gratuito	6(21,4)	11(34,3)	7(21,8)	12(37,5)	36(29,0)
Medicamentos nas Farmácias Populares	-	-	6(18,7)	2(6,2)	8(6,4)
Acesso aos exames	3(10,7)	5(15,6)	-	-	8(6,4)
Adesão dos usuários ao tratamento	3(10,7)	2(6,2)	1(3,1)	-	6(4,8)
Maior preocupação com a própria saúde	-	-	3(9,3)	4(12,5)	7(5,6)
Realização de atividades Educativas	-	-	12(37,5)	-	12(9,6)
Intensificação do acompanhamento	-	5(15,6)	5(15,6)	8(25,0)	18(14,5)
Aumento de cadastros no HiperDia	4(14,2)	1(3,1)	2(6,2)	4(12,5)	11(8,8)
Diminuição de sequelas e óbitos	5(17,8)	4(12,5)	5(15,6)	4(12,5)	18(14,5)
Outros aspectos positivos	-	4(12,5)	-	5(15,6)	9(7,2)
Nenhum aspecto positivo	4(14,2)	2(6,2)	1(3,1)	1(3,1)	8(6,4)
Negativos					
Falta de medicamentos	10(35,7)	24(75,0)	21(65,6)	18(56,2)	73(58,8)
Defasagem nos tipos de medicamentos	4(14,2)	3(9,3)	2(6,2)	-	9(7,2)
Dificuldades na marcação de exames	-	3(9,3)	-	-	3(2,4)
Falta de adesão ao tratamento	10(35,7)	5(15,6)	6(18,5)	8(25,0)	29(23,3)
Desconhecimento sobre HAS e DM	6(21,4)	-	-	-	6(4,8)
Falta de atividades de educação em saúde	-	1(3)	1(3,1)	2(6,2)	4(3,2)
Falta de insumos necessários	1(3,5)	2(6,2)	-	-	3(2,4)
Outros aspectos negativos	7(25,0)	5(15,6)	3(9,3)	2(6,2)	17(13,7)
Nenhum aspecto negativo	2(7,1)	1(3,1)	2(6,2)	2(6,2)	7(5,6)

Fonte: Elaboração própria

Legenda: * M: médicos; E: enfermeiros; AT: auxiliares/técnicos de enfermagem; ACS: agentes comunitários de saúde.

aquilo que consideravam aspecto positivo em um momento, em outro representavam como negativo, conforme se observa em relação aos medicamentos: enquanto 44 trabalhadores (35,4%) referiram esse item como positivo, no que tange à gratuidade e à sua dispensação nas Farmácias Populares, para 82 sujeitos (66%) esse item é negativo pela falta constante e defasagem nos tipos ofertados. O mesmo ocorre em relação aos exames disponíveis aos usuários: enquanto oito profissionais (6,4%)

consideram seu acesso um aspecto positivo, para três (2,4%), a dificuldade na marcação é um item negativo, revelando uma relação de contradição nas respostas.

De modo semelhante, 13 profissionais (10,4%) referiram a adesão ao tratamento e a preocupação com a própria saúde como aspecto positivo. Em contrapartida, 35 (28,1%) mencionaram a falta de adesão à terapêutica e desconhecimento dos usuários acerca da HAS e o do DM como aspecto negativo.

Ademais, 59 (47,5%) citaram as atividades de educação em saúde, intensificação no cadastramento e acompanhamento e diminuição de sequelas como itens positivos e sete (5,6%) atribuíram à falta de ações educativas e de insumos necessários ao atendimento, aspectos negativos, conforme se constata nas falas a seguir:

a) Acesso a medicamentos e exames:

“A medicação gratuita nos postos de saúde e na Farmácia Popular é positivo. Porque eles não podem comprar” (E5). *“O recebimento do medicamento e dos exames é positivo”* (ACS18). *“A falta de medicação é negativo, porque os pacientes não têm dinheiro pra comprar, aí a pressão e a glicemia descontrolam”* (M7). *“A dificuldade na marcação de alguns exames e a demora na entrega dos resultados é negativo”* (E17). *“A gente não consegue acompanhar o paciente com exame laboratorial. Aí não avalia a função renal e cardíaca, isso é negativo”* (E18).

O acesso irrestrito e igualitário aos medicamentos e exames necessários ao controle da HAS e do DM é um direito dos usuários. Nesse sentido, o MS disponibiliza uma lista com a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), indicados nestes tipos de tratamento (BRASIL, 2006A; 2006B).

O fornecimento gratuito de medicamentos tem se revelado como um dos mais importantes aspectos do tratamento desses usuários e constitui a base na qual o HiperDia se alicerça, sobretudo porque a terapêutica medicamentosa não tem sido aliada a outras terapias não medicamentosas. Nesse sentido, a ausência ou a distribuição desse insumo em quantidade inferior às necessidades da população leva ao tratamento incompleto ou abandono,

Ressalta-se que, quando a UBS deixa de ofertar o medicamento, os usuários interrompem o tratamento, pois na maioria das vezes não podem adquiri-lo. Em estudo realizado por Oliveira (2010), constatou-se que 84,5% dos hipertensos e/ou diabéticos viviam com uma

renda mensal inferior a um salário mínimo, o que dificultava a compra da medicação.

Os exames laboratoriais são fundamentais no diagnóstico e acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos e podem ser solicitados tanto por médicos quanto pelos enfermeiros, a depender dos protocolos assistenciais do município. Em Caxias (MA), foram traçadas normas para tais solicitações, cujos exames indicados no HiperDia são: Hemograma, Urina, Creatinina, Potássio, Glicemia, Colesterol total, Triglicerídeos e Eletrocardiograma.

desse modo, percebeu-se que existem cotas para a realização de exames laboratoriais nesses pacientes e, em geral, são identificados problemas, como a quantidade inferior à demanda e o tempo de entrega dos resultados. Também se visualizaram intercorrências quanto ao encaminhamento de usuários aos especialistas, devido à demora no agendamento, que conforme Costa, Silva e Carvalho (2011) compromete a qualidade da atenção ofertada.

b) Realização de educação em saúde, aumento de cadastros, intensificação do acompanhamento, diminuição de complicações e sequelas

“Aumentaram os cadastrados e melhorou o acompanhamento, isso é positivo” (M12). *“Um ponto positivo é que o HiperDia está ajudando muitos hipertensos e diabéticos a evitar complicações, como o AVC e o pé diabético”* (M20). *“O positivo é a melhoria na qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos. O controle da doença”* (ACS27). *“Positivo são as reuniões em grupo, palestra no colégio e às vezes tem aquele lanchinho pra que eles se animem”* (AT11). *“Negativo é que faltam muitos insumos pra acompanhar esses pacientes, além de insulina e seringas”* (M2). *“Realizamos poucas atividades de educação em saúde, isso é negativo.”* (E 10)

No contexto da atenção à saúde, é fundamental entender o que ocorre na vida dos

usuários antes, durante e após utilizarem os serviços de saúde. Donabedian (1980) salienta que a identificação dos níveis de saúde e doença das pessoas bem como de sua satisfação, são duas das principais formas de mensurar os resultados do cuidado.

O processo de educação em saúde é, antes de tudo, um procedimento político em que a metodologia aplicada deve favorecer a aquisição de conhecimentos, além de desalienar e emancipar os sujeitos envolvidos. Isso exige que a ação educativa não seja exclusivamente informativa, mas que produza modificações, levando os usuários a refletirem sobre suas vidas e sua saúde, compreendendo a aquisição de hábitos saudáveis, inclusive, como um direito social (ESPÓSITO, 2011).

Percepção de usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre o HiperDia

A *tabela 1* evidencia que a periodicidade das consultas médicas e de enfermagem é, principalmente, semestral, conforme 335 usuários (32,7%); os exames são realizados anualmente, conforme 373 pacientes (36,4%) e 451 (44%) relatam não ter dificuldades para realizar o tratamento indicado.

A frequência com que a maioria dos usuários afirmou realizar as consultas médicas e/ou de enfermagem distancia-se em parte do que é recomendado pelo MS e isso pode repercutir no monitoramento dessas doenças e distanciar profissionais de saúde e usuários. Por esse motivo, aconselha-se que todos os hipertensos e/ou diabéticos que não apresentam controle dos níveis tensionais e/ou glicêmicos e com lesões em órgãos-alvo ou comorbidades, realizem consultas trimestrais e aqueles controlados e sem sinais de lesões e comorbidades frequentem as consultas semestralmente (BRASIL, 2006A; 2006B).

Observou-se que 373 sujeitos (36,4%) realizam exames laboratoriais anualmente e 369

(36%) semestralmente, podendo indicar dificuldade de acesso a esses recursos pela demora na marcação e/ou recebimento dos resultados, ou ainda nos obstáculos encontrados para se deslocarem à central de marcação de exames, sobretudo os residentes na zona rural.

A esse respeito, de acordo com as normas e rotinas do MS, os exames devem ser solicitados pelo médico e/ou enfermeiro após a avaliação e não existe um período determinado para a solicitação, devendo ocorrer conforme a necessidade (BRASIL, 2006A; 2006B).

Em se tratando das dificuldades referidas para a realização do tratamento, 277 (27%) destacaram a falta constante de medicamentos nas UBS, outrora também assinalada pelos profissionais de saúde. Um dos fatores contribuintes para esse problema é o fato de o MS estimar a presença de cerca de 26.000 hipertensos e/ou diabéticos no município, porém 10.900 encontravam-se cadastrados, prejudicando a previsão e a provisão de medicamentos (SIS-HIPERDIA, 2012).

Para contribuir com essa problemática, um levantamento realizado pela Coordenação da Atenção Básica em Caxias (MA) evidenciou déficit em relação ao quantitativo de medicamentos utilizados. Além disso, o município é polo regional e, por isso, fornece medicamentos para usuários de cidades circunvizinhas, atendendo ao princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde. Em estudo realizado por Paiva, Bersusa e Escuder (2006), 57,8% dos hipertensos e/ou diabéticos relataram não receberem, por meio da Farmácia Básica, todo o medicamento de que necessitavam, precisando, então, comprá-lo.

Ademais, nas entrevistas realizadas com os profissionais dessa pesquisa verificou-se, o anseio quanto à terapêutica prescrita, pois para eles alguns dos fármacos distribuídos pela Farmácia Básica não produzem o efeito que muitos pacientes precisam, exigindo a prescrição de outros medicamentos, os quais os usuários não conseguem comprar.

A *tabela 2* mostra que, de acordo com 552 usuários (53,9%), o ACS é o profissional que

mais os orienta; 729 sujeitos (71,2%) afirmaram nunca terem participado de atividades educativas. A assistência recebida foi avaliada como boa por 656 usuários (64,1%), conforme tabela a seguir.

De acordo com as atribuições específicas para os profissionais da SF, o ACS representa o elo entre o usuário e a equipe, de forma a

encorajar a participação ativa do hipertenso e/ou diabético, ajudando-o a seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular (BRASIL, 2006A; 2006B).

Conforme Medina e Hartz (2009), o ACS revelou-se o principal mediador da relação entre o serviço e a população com um papel

Tabela 1. Aspectos ligados ao tratamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos na Atenção Básica. Caxias, MA, 2012

Variáveis	N	%
Periodicidade entre consultas		
Mensal	99	9,6
Bimestral	96	9,4
Trimestral	191	18,7
Semestral	335	32,7
Anual	215	21,0
Intervalo > 1 ano	39	3,8
Esporádica	49	4,8
Total	1.024	100,0
Frequência na realização de exames laboratoriais		
Trimestral	198	19,4
Semestral	369	36,0
Anual	373	36,4
A cada 2 anos	25	2,4
Intervalo > 2 anos	46	4,5
Esporádica	13	1,3
Total	1.024	100,0
Dificuldades em realizar o tratamento		
Nenhuma	451	44,0
Falta frequente de medicamentos na UBS	277	27,0
Falta de profissionais na UBS	19	1,9
Residir distante da UBS	33	3,2
Não compreender a doença	72	7,1
Não utilizar medicamentos da Farmácia Básica	124	12,1
Outras dificuldades	48	4,7
Total	1.024	100,0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2. Aspectos ligados à assistência recebida por usuários hipertensos e/ou diabéticos na Atenção Básica. Caxias, MA, 2011

Variáveis	n	%
Pessoas que mais orientam sobre HAS e/ou DM		
Agente comunitário de saúde	552	53,9
Auxiliar e/ou técnico de enfermagem	58	5,7
Enfermeiro	231	22,6
Médico	140	13,6
Cirurgião dentista	2	0,2
Familiares/amigos/outras pessoas	41	4,0
Total	1.024	100,0
Participação em atividades de educação em saúde		
Nenhuma	729	71,2
Palestra	261	25,5
Dramatização	8	0,8
Atendimento em Grupo	22	2,1
Outras atividades	4	0,4
Total	1.024	100,0
Avaliação da assistência recebida na Atenção Básica		
Excelente	71	6,9
Boa	656	64,1
Regular	229	22,4
Ruim	46	4,5
Péssima	22	2,1
Total	1.024	100,0

Fonte: Elaboração própria

importante na circulação das informações, como avisar a população sobre atividades, agendar as consultas, entregar exames, trazer à UBS relatos de problemas da população e também as informações sistemáticas relacionadas aos usuários e suas famílias.

O enfermeiro foi apontado como o segundo profissional a orientar os usuários acerca das doenças, com 22,6% das respostas. A orientação é uma das competências mais relevantes desse profissional. Em uma investigação desenvolvida por Bezerra *et al.*, (2008), a consulta

de Enfermagem foi aprovada por 90% dos usuários e foi percebida por enfermeiras e pacientes como contribuinte para o controle do diabetes, consistindo numa oportunidade de favorecer a adesão terapêutica e intensificar as orientações fornecidas.

Outro aspecto que chama atenção é que 71,2% dos usuários nunca participaram de atividades de educação em saúde voltadas especificamente para a HAS e o DM. A este respeito, Fernandes e Backes (2010) referem que a educação em saúde é reconhecida

pelos profissionais de saúde como uma responsabilidade, contudo sua prática se depara com entraves culturais e ainda recebe pouco destaque no cotidiano de trabalho.

A relação profissional-usuário deve ser permeada pela educação em saúde, o que possibilita o empoderamento dos indivíduos para a tomada de decisões concernentes à sua saúde e ao seu bem-estar, com base no pressuposto de que todo profissional de saúde deve ser um educador e, sobretudo, libertador, emancipador e transformador.

Quanto à assistência recebida na Atenção Básica, 64,1% dos usuários avaliaram como boa. Esse resultado revela que as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das ações no HiperDia não desmerecem a assistência recebida. De modo semelhante, Paiva, Bersusa e Escuder (2006) verificaram que os índices de satisfação do usuário hipertenso e/ou diabético e percepção da resolutividade na Atenção Básica foram favoráveis, em torno de 66%.

Considerações finais

Diante do exposto, reconhece-se que importantes iniciativas precisam ser implantadas para melhorar o HiperDia, como a ampliação do acervo e da quantidade de medicamentos, a intensificação do rastreamento de doentes, o melhoramento do acompanhamento de usuários diagnosticados e a descentralização dos pontos de coleta de exames, sobretudo na zona rural, para facilitar o acesso a tais serviços.

É importante também envolver a rede de assistência social, como os Centros de Convivência de Idosos e Centros de Referência da Assistência Social, para difundir o conhecimento acerca da hipertensão e do diabetes, abordando os perigos advindos do controle inadequado, suas principais complicações e sequelas e a efetivação dos serviços de referência e contrarreferência.

Destaca-se, ainda, a necessidade de intensificar as ações de capacitação dos profissionais com vistas a estabelecer um atendimento qualificado e vinculação aos hipertensos e/ou diabéticos sob sua responsabilidade sanitária. Além disso, essas atividades devem envolver a equipe multiprofissional, instigando em cada trabalhador em saúde o interesse e a participação no tratamento, monitoramento e avaliação dos usuários, além de assegurar o fortalecimento da Atenção Básica. ■

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1997.

BEZERRA, N. M. C. et al. Consulta de Enfermagem ao diabético no Programa Saúde da Família: percepção do enfermeiro e do usuário. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 86-95, jan./mar., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 243-248, fev. 2008.

CASTRO, N. G. et al. HiperDia: conhecimento da cobertura do programa no Maranhão. *Cad Pesq*, São Luís, v. 17, n. 2, p. 77-83, maio/ago., 2010.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 623-33, jan./fev., 2011.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: ———. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. v. I, p.77-125.

ESPÓSITO, V. H. C. Formação como ação educativa: buscando sentidos – estudos de natureza fenomenológica e hermenêutica. In: SILVA, G. T. R.; ESPÓSITO, V. H. C. *Educação e Saúde: cenários de pesquisa e intervenção*. São Paulo: Martinari, 2011. p. 25-48.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm*, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago., 2010.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G.A. *Curso de Estatística*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades*. 2012. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidades>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

———. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MEDINA, M. G.; HARTZ, Z. M. A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro-RJ, v. 25, n. 5, p. 1153-1167, maio, 2009.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-52.

MOUSINHO, P. L. M.; MOURA, M. E. S. Hipertensão Arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 5, n. 25, p. 212-216, nov./dez., 2008.

OLIVEIRA, S. G. *Caracterização dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em serviço de urgência e emergência no município de Dourados-MS*. 2010. 46f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. OMS: Geneva, 2005.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. P. S. ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2 p. 377-385, fev., 2006.

SIS-HIPERDIA. 2012. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em julho de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve