

Luana Couto Assis¹
Mônica Oliveira da Silva Simões²
Alessandro Leite Cavalcanti²

**Public policy for monitoring
of diabetic and hypertensive
patients in primary
health, Brazil**

| Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil

ABSTRACT | *I Objective: To analyze the care to patients with hypertension and diabetes in primary care since the implementation and development of public policies. Methodology: It was conducted a systematic literature review of studies conducted in Brazil, available in the databases LILACS, MEDLINE and SciELO, published in the period of 1991 to 2010. Results: 42% were cross-sectional studies, 50% used interviews and / or questionnaires, and 42% were developed in Health Centres. The main results are related to the control of blood pressure and blood glucose, monitoring of users, accessibility, and adopting a pharmacological approach, diet and exercise. Conclusion: There is the need for further evaluation of services including analysis of the real impact of the relationship between professionals, management and community on the care of patients with hypertension and diabetes.*

Keywords | *Hypertension;
Diabetes mellitus; Primary
health care.*

RESUMO | *Objetivo: Analisar o cuidado ao portador de hipertensão e diabetes na atenção básica a partir da implantação e desenvolvimento de políticas públicas. Metodologia: Revisão sistemática da literatura de estudos realizados no Brasil, disponíveis nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, publicados no período de 1991 a 2010. Resultados: 42% foram estudos transversais, 50% utilizaram entrevistas e/ou questionários e 42% foram desenvolvidos em centros de saúde. Os principais resultados estão relacionados com o controle da pressão arterial e glicemia, acompanhamento dos usuários, acessibilidade, abordagem farmacológica e adoção de dieta e exercícios físicos. Conclusão: Há necessidade de aprofundamento na avaliação dos serviços, incluindo a análise do real impacto das relações entre profissionais, gestão e comunidade no cuidado dos portadores de hipertensão e diabetes.*

Palavras-chave | *Hipertensão; Diabetes mellitus; Atenção básica.*

¹Farmacêutica e bioquímica; mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba.

²Professor Doutor da Universidade Estadual da Paraíba.

INTRODUÇÃO |

A partir da década de 1980, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais, pois a comunidade passou a discutir sobre as condições de vida e as propostas governamentais apresentadas para o setor. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estreitamente vinculada à democracia⁹. Como marcos legais dessa mudança, destacam-se a aprovação da Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Leis Orgânicas da Saúde, Lei n.º 8.080/90 e Lei n.º 8.142/90^{5,6}.

O Ministério da Saúde, por meio de sua Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, lançou, em dezembro de 1986, as “Bases Estratégicas e Operacionais” para o Controle das Doenças Cardiovasculares (DCV). Esse documento expôs uma proposta de atuação com a abordagem do problema feita a partir de dois enfoques, o de risco e o populacional. O trabalho de prevenção pela “estratégia populacional” seria realizado por meio de campanhas antitabaco a favor da prática de exercícios físicos e da adoção de uma dieta equilibrada. Por sua vez, o trabalho de prevenção pela “estratégia de alto risco” seria realizado pela assistência médica prestada aos indivíduos de alto risco, especialmente hipertensos, com a detecção e controle dos principais fatores de risco, como fumo, obesidade, hipercolesterolemia, entre outros¹⁸.

Em 1994, seguindo a implementação da Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde capitaneou um processo de reorganização da saúde a partir do fortalecimento da atenção básica à saúde por meio da estratégia de Saúde da Família, que articula elementos das propostas originalmente conhecidas como Sistemas Locais de Saúde/Distrito Sanitário, Programação em Saúde e Promoção à Saúde^{10,14}.

A Saúde da Família surgiu com o papel de prover a atenção básica para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o programa deveria ter como meta a (re)organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência⁹.

Nos anos subsequentes, com a aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02) e a implantação do Piso Assistencial Básico Ampliado (PAB), os municípios passaram a efetivar a atenção básica ampliada e as áreas estratégicas mínimas. Essas ações reforçaram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com ênfase na integralidade da atenção e na garantia do acesso da população aos demais níveis de complexidade

do Sistema, sendo ofertadas com qualidade e suficiência a toda população¹¹.

Faz-se necessário ressaltar que, concomitantemente a essa ampliação do conceito de saúde, o perfil epidemiológico brasileiro também vem sofrendo modificações em um processo conhecido como transição epidemiológica, caracterizado pela crescente incidência das doenças crônico-degenerativas, típicas do processo demográfico de envelhecimento e urbanização^{4,10}.

Dentre as principais doenças crônico-degenerativas, destacam-se a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*. No Brasil, aproximadamente 17 milhões de pessoas são portadoras de hipertensão arterial (HA), sendo 35% constituídas de indivíduos com 40 anos e/ou mais⁷. Estimativas da Organização Mundial de Saúde inferem que o número de portadores da HA em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025⁷.

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes *Mellitus*, reconhecendo a importância da atenção básica na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção programática denominado HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), possibilitando o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade⁶. Essa proposta sugere que o cuidado ofertado deve ir além do binômio queixa-conduta, de modo que permita identificar portadores assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo^{4,21}.

Em face ao exposto, este trabalho se propõe a refletir sobre o cuidado ao portador de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica na atenção básica, a partir da implantação e desenvolvimento de políticas públicas, baseadas nos estudos científicos já realizados.

METODOLOGIA |

Para a revisão sistemática, foram utilizados dois descritores de assunto existentes na lista de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): “hipertensão” e “diabetes”, ambos vinculados ao termo “atenção básica”.

Após a definição dos descritores, realizou-se a pesquisa das informações com os descritores em português, na busca avançada das seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE e LILACS. Os limites utilizados para a busca dos artigos foram: publicação nos

idiomas português, inglês e espanhol, terem acesso livre e terem sido publicados entre os anos 1991 e 2010.

Os critérios de inclusão utilizados foram: tratar-se de manuscrito enfocando o cuidado ao portador de hipertensão e diabetes na atenção básica e responder aos questionamentos: qual a estrutura do serviço? Quais os principais resultados obtidos? As publicações que estavam disponíveis em mais de uma base de dados foram considerados apenas uma vez.

Os artigos selecionados foram traduzidos para o português e classificados segundo o nome do primeiro autor, o ano de publicação, o local, a amostra, o instrumento de pesquisa escolhido, a estrutura do serviço e os principais resultados obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

A partir dos descritores, foram encontrados 4.029 artigos, dos quais apenas 28 foram selecionados considerando os critérios de inclusão estabelecidos. Após leitura dos trabalhos na íntegra, a seleção se restringiu a 12 artigos que preenchiam adequadamente todos os critérios definidos.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos trabalhos, seguindo a ordem cronológica de publicação, sendo possível

identificar: autor, ano de publicação, região, desenho do estudo, amostra e instrumentos de pesquisa utilizados. Verifica-se predomínio de trabalhos desenvolvidos na Região Sudeste (41,6%), em sua maioria transversal (50,0%).

Pode-se observar que os tipos de estudo realizados foram: transversal (42%), estudo de caso (17%), prevalência (8%), prospectivo intervencional (8%), descritivo (8%), observacional longitudinal (8%) e coorte (8%). Dentre as regiões onde foram desenvolvidos os estudos, a maior concentração se deu na Região Sudeste (42%), seguida da Região Sul (33%), Nordeste (17%), Norte (8%), não constando nenhum estudo da região Centro-Oeste do Brasil.

Ainda fazendo uma análise descritiva das pesquisas, 42% dos estudos foram realizados por meio de coleta de dados secundários, 17% dos trabalhos tiveram como instrumento de coleta questionário e entrevista, 25% utilizaram apenas entrevista, 8% usaram questionário validado, 8% fizeram autorrelato estruturado.

Ressalta-se, ainda, que todos os trabalhos relatam sobre uma época na qual já havia sido regulamentado o SUS, contudo 25% dos estudos ocorreram antes da implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes *Mellitus*, e 75% quando o plano já estava em vigor.

Tabela 1 – Distribuições dos estudos segundo o autor, ano de publicação, local de desenvolvimento, desenho do estudo, amostra e instrumento de pesquisa utilizado

| N | Autor | Ano | Local / Região | Desenho de estudo | Amostra | Instrumento de pesquisa |
|------|--|------|----------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| I | Sala <i>et al.</i> ¹⁸ | 1993 | Sudeste | Transversal | 3.793 HA e/ou DM | Observação e dados secundários |
| II | Sala e Neto ¹⁹ | 1996 | Sudeste | Transversal | 250 HA | Observação e dados secundários |
| III | Araújo <i>et al.</i> ¹ | 1999 | Sul | Transversal | 67 DM | Entrevista |
| IV | Assunção <i>et al.</i> ² | 2001 | Sul | Transversal | 108 médicos; 378 DM | Questionário e entrevista |
| V | Assunção <i>et al.</i> ³ | 2005 | Sul | Transversal | 372 DM | Questionário e entrevista |
| VI | Cavalcante <i>et al.</i> ¹¹ | 2006 | Nordeste | Estudo de caso | 36 equipes de SF. | Questionário estruturado validado |
| VII | Didier e Guimarães ¹² | 2007 | Nordeste | Prospectivo com intervenção | 88 DM e HA | Observação e dados secundários |
| VIII | Souza e Gamelo ²¹ | 2008 | Norte | Estudo de caso | 02 UBS | Observação, grupo focal e entrevista |
| IX | Henrique <i>et al.</i> ¹⁵ | 2008 | Sudeste | Descritivo | 73 DM e HA | Autorrelato estruturado |
| X | Lima <i>et al.</i> ¹⁷ | 2009 | Sudeste | Observacional longitudinal | 472 HA | Observação e dados secundários |
| XI | Duarte <i>et al.</i> ¹³ | 2010 | Sudeste | Coorte | 192 HA | Entrevista semiestruturada |
| XII | Hopferner e Franco ¹⁶ | 2010 | Sul | Transversal | 415 HA | Observação e dados secundários |

O autor optou por fazer referência à estrutura de saúde na qual foram realizados os estudos, compreendendo que essa análise potencializa o entendimento da organização e processo de trabalho dos serviços estudados, pois representa diferentes modelos de atenção adotados (Tabela 2). A nomenclatura utilizada está de acordo com a referência de cada estudo: cinco estudos realizados em Centros de Saúde (CS), dois em Unidade Básica de Saúde (UBS), um em USF, dois em Posto de Saúde e dois em UBS e USF.

Fazendo a correlação entre os estudos analisados, pode-se apreender que os melhores resultados obtidos no controle da HA e/ou DM estavam relacionados com o seguimento dos usuários nas unidades, bem como com a acessibilidade dos serviços para a população. Estudo realizado na Região Sul reforça esse achado, uma vez que demonstra maior concentração de consultas nas unidades próximas à moradia do usuário, sendo 80% a média de pacientes residentes na área de abrangência².

Tabela 2 – Principais resultados dos estudos sobre atenção prestada a portadores de hipertensão e diabetes na atenção básica no Brasil (continua)

| Nº. | Estrutura do serviço | Principais resultados |
|------------|---|---|
| I | Centro de Saúde | -baixa cobertura para HA e DM -menor adesão de pacientes com apenas um fator de risco para DCV |
| II | Unidade Básica de Saúde | -elevado percentual de controle da PA -associação entre faltas no seguimento e a PA |
| III | Posto de Saúde | -54,5% foram consultados nos últimos 2 meses -baixa adesão à dieta e exercício físico |
| IV | Postos de Saúde | -baixo percentual de portadores de DM e HA com controle aceitável segundo MS e ALAD -abordagem farmacológica -baixa adesão à dieta e exercício físico -procura conforme acessibilidade -falta de informação sobre demanda |
| V | Centro de Saúde | -baixo controle glicêmico -não houve associação entre controle de glicemia, infraestrutura e especificações médicas -associação entre controle da glicemia e uso de hipoglicemiantes orais |
| VI | Unidade de SF | -controle de DM e HA convergente com o grau de implantação do SF -82,4% hipertensos acompanhados -redução de internação por AVC |
| VII | Centro de Saúde | -redução da PA, colesterol total e glicemia após seguimento -aumento no nº. de medicamentos em uso -aumento do nº. de consultas da equipe multidisciplinar |
| VIII | Unidade de SF e Unidade Básica | -inexistência de sistema de referência -abordagem farmacológica -foco em ações programáticas -boa acessibilidade (USF) -precariedade de infraestrutura (USF) -distância como barreira de acesso (UBS) |
| IX | Centro de Saúde | -restrição de acesso a cadastro e medicação -baixa adesão |
| X | Unidade de SF e Unidade Básica de Saúde | -baixa adesão a diretrizes clínicas -nº. de consultas independente da gravidade -baixo registro de estilo de vida -redução de PA |

Tabela 2 – Principais resultados dos estudos sobre atenção prestada a portadores de hipertensão e diabetes na atenção básica no Brasil (conclusão)

| Nº. | Estrutura do serviço | Principais resultados |
|-----|-------------------------|--|
| XI | Centro de Saúde | -abandono de seguimento devido à organização; estrutura; relação médico paciente; normalização da PA; consumo de álcool -boa adesão medicamentosa -60% dieta de restrição ao sal |
| XII | Unidade Básica de Saúde | -redução da PA -média de 2 fármacos por paciente -inércia clínica -presença de comorbidade |

Outros relatos trazem como pontos relevantes a baixa adesão a diretrizes clínicas e a programas do Ministério da Saúde; a abordagem farmacológica como principal forma de tratamento, o que resulta no aumento do uso de medicamentos com o decorrer do tempo; e a baixa adesão a dietas e exercícios físicos. Um exemplo dessa dificuldade de aderência ao tratamento pode estar relacionado com a não sintomatologia aparente em alguns pacientes¹⁸.

No caso de doenças crônicas, ressalta-se que o impacto das ações ocorrem de forma lenta, pois as intervenções implicam mudanças de estilo de vida da população e exigem tempo para a incorporação de novos hábitos¹¹. Para Sala¹⁸, escutar o usuário conhecendo o que determina sua procura e adesão ao tratamento pode ser uma boa estratégia para a ampliação da cobertura.

CONCLUSÃO |

Há de se analisar os estudos apresentados considerando que há diferenças significativas do tamanho da amostra estudada e dos métodos de aferição utilizados.

Entretanto, é necessário avaliar os resultados obtidos à luz do tempo em que se desenvolveram, demonstrando claramente mudança quanto ao aumento no número de acompanhamento dos portadores de HA e DM e seu impacto sobre a melhoria do controle da PA e da glicemia. E, ainda, pode-se inferir a influência positiva da estruturação da atenção básica a partir da implementação de áreas estratégicas na ampliação do acesso e seguimento aos pacientes acometidos pelas doenças crônicas citadas no trabalho.

Há evidências de que o maior contato com serviços de saúde tem um efeito protetor sobre a saúde, relacionado com uma probabilidade menor de morrer por doenças crônicas¹⁵. Uma vez que apenas parte dos usuários tem obtido atendimento nas unidades de saúde, é provável

que um número razoável de oportunidades para o desenvolvimento de ações que promovam a adesão a medidas não farmacológicas de controle dessas doenças, como a dieta e o exercício físico regular, esteja sendo perdido, e, por isso, a importância de ampliar as políticas de promoção à saúde com foco na educação à saúde.

Neste debate, três enfoques aparecem como pertinentes para a avaliação do processo de trabalho relativo a ações programáticas. São eles: avaliação da cobertura, avaliação do uso do serviço e avaliação do conteúdo das ações. Neste último, a eficácia do diagnóstico e acompanhamento não deve ser entendida apenas no sentido restrito aos parâmetros técnicos definidos pelo conhecimento médico; seu sentido, pois, deve ser ampliado para compreender o conjunto do trabalho, em perspectivas complementares que envolvam desde as demandas e expectativas do usuário em relação ao atendimento, a aderência dos agentes (médicos, enfermagem, nutricionista e outros) envolvidos no atendimento, os processos diagnósticos e terapêuticos, até a articulação entre as diferentes atividades¹⁸.

Cavalcante¹¹ aponta para a insuficiência das articulações interinstitucionais, quer no âmbito governamental quer no não governamental, e apresenta a necessidade de se fortalecer metodologias dirigidas às atividades de educação em saúde e de programas de educação permanente, uma vez que nem todos os profissionais de Saúde da Família possuem especialização na área; e também da existência de desencontros nas bases de dados de vários indicadores correlatos.

Pode-se, portanto, aferir que novos estudos são necessários para uma melhor avaliação das ações desenvolvidas nas unidades de saúde, uma vez que a formalização de políticas governamentais, como o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes *Mellitus*, não tem resultado na melhoria dos indicadores de saúde na proporção esperada. Esses estudos serão importantes também no planejamento de ações que melhorem o desempenho dos serviços.

Por fim, ressalta-se a importância de também compreender aspectos subjetivos com uma maior análise das relações no espaço intercessor entre usuários-profissionais-gestão, a fim de potencializar a qualidade de vida da comunidade.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Araújo RB, Santos I, Cavalcanti MA, Costa JSD, Béria JU. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(1):24-32.
- 2 - Assunção MCF, Santos ISS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1):88-95.
- 3 - Assunção MCF, Santos ISS, Valle NCJ. Blood glucose control in diabetes patients seen in primary health care centers. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2):183-90.
- 4 - Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 19 set 1990, seção 1, p.18055.
- 5 - Brasil. Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 28 dez 1990, seção 1, p.25694.
- 6 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 7 - Brasil. 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; 2006.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 9 - Bravo MIS. As políticas de seguridade social saúde. In: CFESS/CEAD. Capacitação em serviço social e política social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/CFESS; 2000. p. 71-80.
- 10 - Campos, GWS. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 11 - Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de saúde da família em município de uma região metropolitana do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 64: 43745.
- 12 - Didier MT, Guimarães AC. Otimização de recursos no cuidado primário da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(2): 218-24.
- 13 - Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Iyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Cien Saúde Colet* 2010; 15(5): 2603-10.
- 14 - Feuerwerker LM. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. *Interface - Comunic Saúde Educ* 2005; 9(18): 489-506.
- 15 - Henrique NN, Costa PS, Vileti JL, Corrêa MCM, Carvalho EC. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. *Rev Enferm UERJ* 2008; 16(2): 168-73.
- 16 - Hopfener C, Franco SC. Inércia clínica e controle da hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(2): 223-9.
- 17 - Lima SMLL, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Brito C, Vasconcellos MTL. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública* 2001; 25(9): 2001-11.
- 18 - Sala A, Cohen DD, Dalmaso ASW, Lima AMM, Teixeira RR. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(6): 463-71.
- 19 - Sala ANF, Neto JE. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(2):161-7.
- 20 - Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter* 2007; 11(1): 83-9.
- 21 - Souza MLP, Garnelo L. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1): 91-9.

Correspondência para/ Reprint request:

Luana Couto Assis

Rua Henrimar Castro de Oliveira, nº 795

Alto Branco - Campina Grande - PB

CEP: 58401-714

e-mail: luana.cal@hotmail.com

Recebido em: 7-11-2011

Aceito em: 4-9-2012