

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAÚDE

ADEILMA DA SILVA FERREIRA
FLAVIANE DE LIMA ANDRADE
MÁRCIA LIMA SOARES

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA HIPERDIA
APARTIR DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CENTRO DE SAÚDE
TOCA DA RAPOSA NO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS – MA**

SÃO LUÍS – MA

2013

**ADEILMA DA SILVA FERREIRA
FLAVIANE DE LIMA ANDRADE
MÁRCIA LIMA SOARES**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA HIPERDIA
A PARTIR DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CENTRO DE SAÚDE
TOCA DA RAPOSA NO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, da Faculdade Laboro – Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a.Dra. Monica Elinor Alves Gama

SÃO LUÍS – MA

2013

**ADEILMA DA SILVA FERREIRA
FLAVIANE DE LIMA ANDRADE
MÁRCIA LIMA SOARES**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA HIPERDIA
A PARTIR DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CENTRO DE SAÚDE
TOCA DA RAPOSA NO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, da Faculdade Laboro – Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista.

Aprovada em: ____/____/____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Monica Elinor Alves Gama
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo - USP

Prof^ª Rosemary Ribeiro Lindholu - Examinadora
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo - USP

"A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo". (Albert Einstein)

AGRADECIMENTOS

A cada vitória o reconhecimento é dedicado ao nosso Deus, seu fôlego de vida foi sustento e nos deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades. Pois só Ele é digno de toda honra, glória e louvor.

Às nossas famílias, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que temos produzido na vida, pelo amor e apoio sempre, a nossa eterna gratidão.

Aos nossos amigos de turma, pela diversão, pelo aprendizado, pela convivência e pela amizade, a toda a equipe da coordenação da Faculdade, que tem muito contribuído para o aprimoramento dos nossos conhecimentos.

Aos mestres, o nosso muito obrigado pelo conhecimento, pelo apoio, e pela amizade. Em especial os responsáveis pelas áreas de estágio pela oportunidade de estagiar sob sua supervisão, pela amizade, sabedoria, compreensão apoio, confiança, e constante incentivo.

À nossa orientadora, Prof.^a Monica Elinor Alves Gama pela atenção, dedicação, receptividade, dicas e contribuições certamente importantes.

A todos que já citamos, agradecemos por acreditarem no nosso potencial, na nossa profissão, nas nossas ideias, nos nossos devaneios, principalmente quando estávamos desacreditadas. Afirmamos ainda que, saímos desta experiência com evidente crescimento pessoal e profissional, o que nos proporciona maior segurança e maturidade para a próxima etapa a ser vivenciada por nós, sem nossa incondicional dedicação e esforço, nada disso seria possível.

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade do programa HIPERDIA a partir da satisfação dos usuários no centro de Saúde toca da raposa em São Mateus – MA. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário. A amostra constituiu-se de 30 usuários acompanhados pelo programa. Concluiu-se que o PNAHADM satisfaz as expectativas da maioria dos usuários. Os principais motivos citados por aqueles que se julgaram insatisfeitos foram à falta de fornecimento regular da medicação e a falta de educação em saúde, que não é fornecida pelos profissionais. Acredita-se que, para que se cumpram as ações relativas à Saúde Pública, é imprescindível a elaboração de planejamento prévio, pautado nos principais anseios da população em questão, visto que a satisfação expressa pelo usuário é um instrumento útil na orientação das medidas corretivas para prestação dos serviços de saúde. A aplicação da pesquisa de opinião tornou-se fundamental para a elaboração de um plano estratégico situacional que enfoca a qualidade da assistência bem como propõe a equipe ações e estratégias que irão favorecer a qualidade do atendimento aos usuários cadastrados no Programa HIPERDIA.

Palavras - Chave: Avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Diabetes Mellitus. Hipertensão. Satisfação do usuário.

ABSTRACT

The research aimed to evaluate the quality of the program HIPERDIA from the user satisfaction in health center fox hole in Matthew - MA. This is a descriptive study with a quantitative approach. Data were collected from a questionnaire. The sample consisted of 30 members to the Program. It was concluded that the PNAHADM meets the expectations of most users. The main reasons cited by those who were dissatisfied judged to lack of regular supply of medication and lack of health education, which is not provided by the professionals. It is believed that, in order to comply with the actions related to public health, it is essential to the development of pre-planning, based on the main concerns of the population in question, since the satisfaction expressed by the user is a useful tool in guiding corrective measures to provision of health services. The implementation of the survey became fundamental to the development of a strategic plan that focuses on situational quality of care as well as the team proposes actions and strategies that will promote the quality of care for registered users HIPERDIA Program.

Key-words: Assessing the quality of health services. Diabetes Mellitus. Hypertension. User satisfaction.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com a Ocupação/Ramo de Atividade. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....	40
Gráfico 2 – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com o Sexo. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012....	41
Gráfico 3 – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com a Faixa Etária. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....	42
Gráfico 4 – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com o Grau de Escolaridade. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....	43
Gráfico 5 – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com a Etnia. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012....	44
Gráfico 6 – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com a Localidade de Moradia. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....	45
Gráfico 7 – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com o Acompanhamento no Programa HIPERDIA. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....	46
Gráfico 8 – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com a Frequência de Consultas. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....	47
Gráfico 9 – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com o Profissional que Realiza o Atendimento. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012. São Mateus do Maranhão, 2012.....	48
Gráfico 10 – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com o Esclarecimento das Dúvidas Encontradas no Ato da Consulta. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....	49
Gráfico 11 – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com a Patologia que faz Acompanhamento. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....	50

- Gráfico 12** – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com a Deficiência encontrada quanto à Estrutura Física da Unidade. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....51
- Gráfico 13** – Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com a Linguagem Utilizada pelos Profissionais durante as Consultas. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....52
- Gráfico 14** - Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com a Dificuldade encontrada para receber as Medicações. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....53
- Gráfico 15** - Distribuição numérica e percentual da população estudada de acordo com as Atividades Educativas para Hipertensos e Diabéticos. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus do Maranhão. 2012.....54

LISTA DE SIGLAS

200 mg/dl	Duzentos miligramas por decilitro
AAS	Ácido Acetil Salicílico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AHA	American Heart Association
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DM	Diabetes mellitus
CO ₂	Dióxido de carbono
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HDL	lipoproteína de alta densidade
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MA	Maranhão
MmHg	Milímetro de mercúrio
MMII	Membros inferiores
NOAS-SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde / Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
pH	Potencial Hidrogeniônico
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde da Família
RCQ	Relação Cintura-Quadril
TOTG	Teste oral de tolerância à glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus	14
3.2 O Programa Hiperdia	15
3.3 Diagnóstico	16
3.4 Pressão Arterial	17
3.5 Assistência dos Profissionais no Programas que Abragem a Hipertensão e Diabetes	33
4 PROCESSO METODOLÓGICO	37
4.1 Tipo de Estudo	37
4.2 Local e Período da Pesquisa	37
4.3 População e Amostra	38
4.4 Instrumento de Coleta de Dados	38
4.5 Considerações Éticas	38
4.6 Análise e Tabulação dos Dados	39
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
6 CONCLUSÃO	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

Para Vasconcellos (2008), a avaliação deve ser um processo abrangente da existência humana, que implica uma reflexão crítica sobre a prática, no sentido de captar seus avanços, suas resistências, suas dificuldades e possibilitar uma tomada de decisões sobre as atividades didáticas seguintes.

A avaliação não é uma temática abordada apenas na atualidade, há muito tempo ela é realizada em todos os campos da existência humana e no mundo inteiro, desde mesmo a criação do homem e vem junto deste na sua evolução até dos dias de hoje. Em se tratando de avaliação de saúde, ela é segundo Hartz (2010) “um conceito que está na moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas”.

Nos anos 80 surgiu uma leitura mais sociológica da avaliação que propôs sua reorientação e ressignificação, além de denunciar sua função seletiva, classificatória e reforçadora da desigualdade social. A concepção de avaliação como “juízo de valor sobre dados relevantes da realidade, com vistas à tomada de decisão”. (LUCKESI, 2011, p. 53).

Segundo Sylver (1992), a avaliação constitui uma espécie de corte transversal no tempo e de visão mais ampla, sendo um processo organizado que visa não apenas a melhoria da atividade em andamento, mas igualmente, a planejar o futuro e a orientar sobre a melhoria das atividades em andamento, mas igualmente, a planejar o futuro e a orientar sobre a tomada de decisões. No campo da saúde, avaliação pode e deve ser dar mais importante atividade inerente a gestão de serviços e programas, permitindo tanto a detecção de qualquer insuficiência ou erro quanto à realização da meta.

Sobre a avaliação na área de saúde, Simões (2003) ressalta que devemos olhar com olhos críticos o nível de satisfação de nossos clientes, o número de reclamações e suas respectivas frequências, o tempo de espera, seja ele em uma fila de atendimento ou no momento de uma alta médica, enfim, todas as variáveis presentes no ambiente da saúde e seus prováveis impactos na credibilidade da instituição.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus constituem um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, representando um problema de saúde pública, onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica de saúde. (BRASIL, 2006).

Pensando na melhoria do atendimento foi implantado nos PSF's de barreiras o programa do HIPERDIA é um sistema que atende os pacientes portadores de hipertensão e diabetes mellitus, que visa à diminuição na incidência de portadores dessas patologias, que é

caracterizado por um atendimento cada vez com mais eficiência, sendo implementado através do Ministério da Saúde. (OLIVEIRA, 2005).

Estima-se que o número de portadores de hipertensão no Brasil é de 16 a 18 milhões, e que cerca de 15% a 20% da população adulta possa ser rotulada como hipertensa, chegando a 50% nos idosos. (III CONSENSO, 1998).

Na Estratégia de Saúde da Toca da Raposa atualmente estão cadastrados 523 usuários no Programa HIPERDIA, sendo eles 378 hipertensos, 18 diabéticos e 127 contendo as duas patologias. Porém, devido à falta de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde em todas as micro áreas, este número encontra-se desatualizado. Mensalmente a equipe realiza cerca de 873 atendimentos direcionados e estes usuários, divididos entre atendimento médico e de enfermagem.

As principais metas a serem atingidas pela equipe de enfermagem, junto aos clientes portadores de hipertensão, são: a compreensão do processo patológico, do tratamento e incentivo à participação do cliente em programas de autocuidado e certificar da ausência de complicações (...) apoiar e ensinar o paciente a aderir ao esquema terapêutico por meio de alterações necessárias no estilo de vida. (SMELTZER, 2000).

Tendo em vista que se faz presente e de suma importância na qualidade de assistência ao hipertenso e diabético, ela deve se encontrar presente em todo o programa HIPERDIA e com uma fiscalização de responsabilidade para se fazer o que é preconizado pelo MS. Será se os pacientes cadastrados no programa HIPERDIA estão satisfeitos com o atendimento prestado no Centro de Saúde Toca da Raposa no Município de São Mateus – MA.

A realização deste estudo surgiu em decorrência da trajetória profissional das autoras, em observarmos a elevada relevância de pacientes hipertensos, no município de São Mateus – MA. Atentamos para analisar a assistência e a satisfação das pessoas portadoras de hipertensão arterial desenvolvida pelos profissionais de enfermagem (enfermeiros/as), onde se faz indispensável uma reflexão sobre a qualificação e a satisfação no atendimento que os mesmos tiveram e sobre as ações realizadas para com esta, buscamos uma atenção voltada ao paciente e que promova a seu restabelecimento assim como o acompanhamento do seu tratamento, de forma humanizada e coerente. A qualidade hoje é uma meta de todos, por isso “melhorar a qualidade da assistência de enfermagem” deve ser foco de atenção dos enfermeiros para que possam estar em consonância com a expectativa do cliente, que busca nessa importante fatia do mercado respostas para os problemas que o afligem.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a qualidade do programa HIPERDIA apartir da satisfação do usuário no Centro de Saúde toca da Raposa no município de São Mateus – MA.

2.2 Específicos

- Avaliar o atendimento aos usuários quanto à abordagem do programa HIPERDIA dentro da Estratégia de Saúde da Família;
- Verificar a satisfação do usuário em relação ao atendimento do enfermeiro dentro do programa HIPERDIA;
- Identificar os principais problemas encontrados dentro do Centro de Saúde para se realizar uma assistência de qualidade.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL E O DIABETES MELLITUS

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabete melito (DM) configuram importantes problemas de saúde coletiva no Brasil, pelas suas elevadas prevalências, pelas complicações agudas e crônicas a que dão origem e por representarem fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, condicionando elevadas taxas de morbidade e mortalidade e custos sociais e econômicos decorrentes do uso de serviços de saúde, absenteísmo, aposentadoria precoces e incapacidade para o trabalho.(BRASIL, 2001).

Além de sua importância isolada, a hipertensão arterial e a alteração da glicemia também têm papel relevante como componentes da síndrome metabólica, apontada como responsável pelo aumento da mortalidade geral e mortalidade cardiovascular. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HA, 2004).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006): A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

3.2 O Programa HIPERDIA

Através deste sistema buscam-se estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual. Já que a identificação precoce e oferta de assistência e acompanhamento adequados aos portadores de HAS e DM e o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde, em especial com as unidades de Saúde da Família, são elementos indispensáveis para o sucesso do controle desses agravos, prevenindo as complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade por doenças cardiovasculares, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS associado às doenças crônicas (BRASIL, 2007).

Tem como principais objetivos permitir o monitoramento dos pacientes cadastrados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HAS e DM e gerar informações de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (BRASIL, 2001).

3.3 Diagnóstico

Hipertensão e diabetes são doenças assintomáticas e de fácil diagnóstico que exigem uma vigilância contínua e tratamento rigoroso, cujo se detecta fatores de risco associados no seu quadro de evolução, e se correlaciona com a qualidade de vida dos indivíduos.

A Hipertensão e Diabetes de Mellitus norteia um quadro de cronicidade, os problemas crônicos afetam pessoas de varias idades, ocorrendo mais em jovens de meia idade e nas idosas. (HOFFMAN; RICE *et al*, *apud* BRUNNER; SUDDARTH *et al*, 2002, p.105).

Muitas condições crônicas são mais comuns em grupo etário que em outro; entretanto as condições crônicas aumentam em frequência da idade, e as idosas com maior frequência apresentam mais doenças crônicas. (KINGSTON; SMITH *apud* BRUNNER *et al*, 2002, p. 105).

“As doenças crônicas são encontradas em todos os grupos socioeconômicos culturais e étnicos e raciais” como afirma Kingston (1996):

Provavelmente isso decorre do fato dessa população ter nutrição subótima e ter menos acesso aos cuidados com a saúde. As condições crônicas podem ter pouco ou nenhum efeito sobre a atividade do estilo de vida (como em uma condição muito branda ou sinusite crônica) ou podem levar a dependência de uma tecnologia avançada para a sobrevivência (como na esclerose letal amiotrófica avançada na doença renal no estágio terminal). Algumas pessoas têm problemas crônicos de saúde funcionam de forma independente e levam vidas plenas com apenas um pequeno desconforto, enquanto necessitam de monitoração frequente e rigorosa. (KINGSTON *et al*, *apud* BRUNNER *et al*, 2002, p.105).

No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional. (MIRANZI *et al*, 2008, p.672).

Defendi Miranzi (2008): “Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e o Diabetes mellitus são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias”.

Tais mudanças permitem que aspirem a uma vida mais longa, sem preocupação com limitações, incapacidades e dependências, próprias do envelhecimento.

3.4 Pressão Arterial

A pressão arterial é um complexo que compreende três componentes importantes do sistema circulatório: volume sanguíneo, bomba cardíaca e vasculatura estes devendo responder efetivamente, aos sistemas de retroalimentação neurológica, química e hormonal, com a pressão arterial adequada garantindo assim a homeostase dos sistemas que beneficiam. (BRUNNER, 2002).

A pressão arterial é regulada através da complexa interação de sistemas de retroalimentação neurológica, químicos hormonais que afetam o débito cardíaco e a resistência periférica, sendo a igualdade entre a pressão arterial média e o produto de débito cardíaco por resistência periférica. Sendo que o débito cardíaco é determinado pelo volume sistólico, e pela frequência cardíaca e a resistência periférica é determinada pela pelo diâmetro das arteríolas.(BRUNNER; SUDDARTH, 2002)

As perfusões do tecido e do órgão dependem da pressão arterial média denominada de: (PAM). A PAM é a pressão média em que o sangue desloca através da vasculatura. Embora a PAM verdadeira exija mais precisão nos cálculos de sua aferição, apresenta uma formula conveniente para o uso Clínico da PAM.

A PAM deve superar 80 mm Hg a fim de que as células recebam oxigênio para metabolizar a energia em quantidades suficientes para sustentação da vida. (ROBIN, 1996*apud* BRUNNER; SUDDARTH, 2002, p.235).

Para Brunner eSuddarth, (2002): A Pressão arterial é regulada pelos barorreceptores (receptores de pressão) localizados no seio carotídeo e arco aórtico. Sendo esses receptores de pressão responsáveis pela conduzirem os impulsos para o centro nervoso simpático na medula cerebral. Quando a pressão arterial cai, as catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) São liberadas a partir da medula das glândulas suprarrenais. Aumentando assim a suficiência cardíaca e a vasoconstrição, restaurando assim a pressão arterial. Vários processos fisiológicos e bioquímicos vão acontecendo a cada instante para a boa instabilidade da pressão das artérias nos sistemas.

Em suma, um volume sanguíneo adequado, uma bomba cardíaca efetiva e uma vasculatura efetiva são necessárias para manter a pressão arterial e a perfusão tecidual. Quando os três componentes desses sistemas começa a falhar, o corpo é capaz de compensar essa falha através do aumento do trabalho dos outros dois. Quando os mecanismos de compensação não conseguem mais compensar um sistema falho, os tecidos corporais são perfundido de maneira inadequada, ocorrendo o choque. Sem intervenção imediata, o choque progride e resultando em disfunção orgânica, insuficiência orgânica e morte.(BRUNNER; SUDDARTH, 2002, p.235).

Todas essas variações ocasionam no aumento do volume adequado, para o bom funcionamento dos sistemas, quando desreguladas comprometem esse bom funcionamento, quando ocorre o aumento do volume sanguíneo caracteriza um quadro de hipertensão arterial que é definida por um quadro de mensurações da pressão arterial que superam repetidamente, 140/90 mm Hg. A pressão arterial elevada por um tempo prolongado pode resultar em rigidez das paredes vasculares, levando a lesão vascular resultando em resposta inflamatória em cada intima. (BRUNNER; SUDDARTH, 2002, p.574).

A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mm Hg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Admite-se como pressão arterial ideal, condição em que o indivíduo apresenta o menor risco cardiovascular, PAS < 120 mm Hg e PAD < 80mmHg. Pressão arterial de um indivíduo adulto que não esteja em uso de medicação anti-hipertensiva e sem com morbidades associadas considerada normal quando a PAS é < 130 mmHg e a PAD <85 mmHg. Níveis de PAS entre 130 e 139 mm Hg e de PAD entre 85 e 89 mmHg são considerados limítrofes. (BRASIL, 2001, p.15)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a hipertensão arterial como: Uma doença de natureza multifatorial, frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos. É caracterizada pela elevação da pressão arterial, considerada como um dos principais fatores de risco cardíaco e cerebrovasculares, e complicações renais.

A hipertensão também pode aumentar o trabalho do ventrículo esquerdo, o qual deve bombear mais forte para ejetar o sangue para dentro das artérias. Com o passar do tempo a carga do trabalho aumentada faz com que o coração aumente e sofra espessamento (hipertrofia) uma condição que pode eventualmente levar a insuficiência cardíaca.

Brunner e Suddarth (2002) defendem que a detecção precoce da pressão arterial alta e a aderência com um regime terapêutico podem evitar as graves consequências associadas à pressão arterial não tratada.

3.4.1 Manifestações Clínicas

Apesar da pressão arterial normal o paciente exibe inúmeros sinais clínicos que indicam a perfusão orgânica inadequada. O resultado da perfusão inadequada é o metabolismo anaeróbico e o acúmulo de ácido lático, produzindo acidose metabólica. A frequência respiratória aumenta em resposta a acidose metabólica. Essa frequência respiratória facilita a excreção do excesso de dióxido de carbono (CO₂), mas resulta na elevação do pH sanguíneo e, com frequência, provoca uma alcalose respiratória compensatória.

O estado do alcaloide provoca alterações no estado mental, como confusão e agressividade, bem como a dilatação arteriolar. Se o tratamento começa durante o estado de choque o prognóstico para o paciente é bom.(BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

3.4.2 Diagnóstico

“A posição recomendada para a medida da pressão arterial (PA) é a sentada. Entretanto, a medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação, especialmente em idosos, diabéticos, pacientes com disautonomias, alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva. Para ter valor diagnóstico necessário, a PA deve ser medida com técnica adequada, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrada, respeitando-se varias recomendações para este procedimento.” (BRASIL, 2011).

Para Brasil (2011) os passos a serem utilizados para o aferimento correto:

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco (elevação da pressão arterial pela tensão provocada pela simples presença do profissional de saúde, particularmente do médico).
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mm Hg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mm Hg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).
10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólicas, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.

11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento. (BRASIL, 2001.p.12-13).

Recomenda-se também a verificação tamanha do manguito a ser utilizado no aferimento da pressão, sendo estes manguitos dimensões recomendados para o uso nas diversas faixas etárias e locais de medida da PA. Caracterizando assim manguitos de dimensões inadequadas, iram interferir na precisão do aferimento da P.A como afirma Brasil(2011).

Os tensiômetros utilizados hoje têm manguitos em média, com 23 a 24 cm de comprimento o que dá 80% para braços de até 30 cm de perímetro, na maioria das vezes adequado.No entanto, as dimensões recomendadas para a bolsa de borracha para os aparelhos de pressão (manguito).

Segundo recentes recomendações da American Heart Association (AHA),Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos. Possuindo o braço circunferência de 22 a 26 cm,27 a34 cm, 33 a 44 cm e 45 a 52 cm serão os tamanhos dos manguitos, e dos 12 a 22 cm, 16 a 30 cm, 16 a 36cm, 16 a 42 cm, possuindo tamanhos:“smalladult”,“adult”,largeadult”, “adultthigh”. (AHA. CIRCULATION. 2005; p. 697-716)

Situações especiais para a medida da pressão arterial segundo Brasil (2011):

Em crianças:

A determinação da pressão arterial em crianças é recomendada como parte integrante de suaavaliação clínica. Critérios a serem observados:

- A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço;
- O comprimento da bolsa de borracha do manguito deve envolver 80% a 100% da circunferência do braço;
- A pressão diastólica deve ser determinada na fase V de Korotkoff.

Em Idosos:

No idoso, há dois aspectos importantes:

- Maior frequência de hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito, geralmente entre o final da fase I e o início da fase II dos sons de Korotkoff. Tal achado pode subestimar a verdadeira pressão sistólica ou superestimar a pressão diastólica;

- Pseudo-hipertensão, caracterizada por nível de pressão arterial falsamente elevado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Pode ser detectada por meio da manobra de Osler, que consiste na inflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria for palpável após esse procedimento, sugerindo enrijecimento, o paciente é considerado Osler-positivo.

Em gestantes:

- Recomenda-se que a medida da pressão arterial em gestante seja feita na posição sentada. A determinação da pressão diastólica deve ser realizada na fase V de Korotkoff.
- Pseudo-hipertensão, caracterizada por nível de pressão arterial falsamente elevado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Pode ser detectada por meio da manobra de Osler, que consiste na inflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria for palpável após esse procedimento, sugerindo enrijecimento, o paciente é considerado Osler-positivo.

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante.

Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais.

A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.

Apresenta-se a classificação da pressão arterial para adultos com mais de 18 anos. Os valores limites de pressão arterial normal para crianças e adolescentes de 1 a 17 anos especiais que levam em consideração a idade e o percentil de altura em que o indivíduo se encontra.

Pressão normal sistólica menor que 120 e diastólica menor 80. Considerando uma pré-hipertensão: sistólica variando de 120 a 139, diastólica variando de 80 a 89. Em um quadro

de hipertensão se situam, dois estágios sendo considerado: 1 e 2, estabelecendo no estágio 1 medidas que variam na sistólica de 140 a 159 e diastólica de 90 a 99, e no estágio 2, medidas que variam de maior igual a 160 diastólica, e menor igual a 100 sistólica.” (BRASIL, 2011).

3.4.3 Investigação clínico-laboratorial

Segundo Brasil (2011): investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso objetiva explorar as seguintes condições:

- Confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico.
- Avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo.
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global.
- Diagnosticar doenças associadas à hipertensão.
- Diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial.

Para atingir tais objetivos, são fundamentais as seguintes etapas:

- História clínica.
- Exame físico.
- Avaliação laboratorial inicial do paciente hipertenso.

Deve-se no momento da aferição observar alguns fatores associados ao histórico dos pacientes, que englobam um aspecto de clínica dirigida, segundo o Ministério da Saúde. São observados: identificação, sendo os dados coletados, sexo, idade, raça e condição socioeconômica. História atual: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sintomas de doença arterial coronária: sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes melito; indícios de hipertensão secundária; gota. Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso características do sono, função sexual, doença pulmonar obstrutiva crônica. História pregressa: gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca. História familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura (homens com menos 55 anos, mulheres com menos 65 anos; morte prematura e súbita de familiares próximos). Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade. Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e caféina. Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial

ou interferir em seu tratamento (corticoesteróides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios).

Atividade física.

No exame físico do paciente hipertenso deve-se prestar especial atenção a algumas recomendações, que segundo que para o Ministério da Saúde são importantes.

- Obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal e aferição do perímetro da cintura.
- Inspeção: fácies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária.
- Sinais vitais: medida da PA e frequência cardíaca.
- Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de turgência jugular e palpação de tireoide.
- Exame do precórdio: ictus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo: arritmias; 3ª bulha, que sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; ou 4ª bulha, que sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo, hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico.
- Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncos e sibilos.
- Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas.

Identificação de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais.

- Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou retardo do pulso das artérias femorais sugerem coarctação da aorta ou doença arterial periférica.
- Avaliação de edema.
- Exame neurológico sumário.
- Exame de fundo do olho: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.

Em atendimento primário, o paciente hipertenso deverá ser submetido aos seguintes exames subsidiários:

- Exame de urina rotina (tipo 1).
- Dosagem de potássio.
- Dosagem de creatinina -utilizar fórmula de Cockcroft-Gault para estimar a depuração dados disponíveis na (Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cérebrovascular e Renal Crônica).

Equação de Cockcroft-Gault:

$\text{Ccr ml/in} = (140 - \text{idade}) * \text{peso} * (0,85, \text{ se mulher}) / 72 * \text{Cr sérica (mg/dl)}$

- Glicemia de jejum.
- Hematócrito.
- Colesterol total, LDL, HDL e triglicérides.
- Eletrocardiograma convencional.

Se após avaliação inicial, o exame de urina mostrar proteinúria, deve ser solicitado proteinúria de 24 horas. Se o exame for negativo, a avaliação deve prosseguir com dosagem de micro albuminúria de 24 horas ou em amostra isolada (neste caso corrigir pela creatinina urinária).

3.4.4 Tratamento

Dentro dos aspectos que se enquadram a pressão normal o tratamento é feito em um período de dois anos, medidas preventivas. Para não obtenção dos outros quadros, na Pré-hipertensão, exige-se mudanças de estilo de vida, dentro dos estágios de hipertensão enquadrados no nível 1, no baixo risco: é feita uma mudança do estilo de vida e uma reavaliação em 6 meses. Em médio risco mudam-se também o estilo de vida mais a avaliação é feita em de 12 meses, em um perfil de alto risco, o tratamento é restritamente medicamentoso. No estágio 2, nos três níveis: alto risco, moderado e alto, o tratamento é restritamente medicamentoso.

3.4.5 Glicemia

A glicemia se refere aos níveis de açúcar (glicose) dispersos no sangue, a principal fonte de glicose é a absorção dos alimentos ingeridos no gastrointestinal e a formação de glicose pelo fígado a partir das substâncias ingeridas. O corpo humano produz uma enzima específica para reabsorver o açúcar, e assim transforma-lo no processo metabólico em energia. A insulina, é um hormônio produzido pelo pâncreas, controla o nível de glicose no sangue regulador homeostático, ele regula sua produção e armazenamento. No estado diabético as pessoas, as células podem parar de responder a insulina ou pâncreas pode parar totalmente de produzi-la, levando assim ao um estado de hiperglicemia. (BRUNNER;SUDDARTH, 2002 p.931).

Hiperglicemia corresponde no organismo um nível elevado da glicose sanguínea, sendo um nível em jejum superior a 126 mg/dl (6,9 mmol/l); nível pós-prandial com 2 horas superior a 200 mg/dl (11 mmol/l). Relacionado assim a um estado de hipoglicemia que significa glicemia baixa mostrando a glicose na frequência sanguínea, 50mg/dl; inferior a 2,7 mmol/l) em uma pessoa com diabetes em consequência da insulina excessiva, medicamento e alimento reduzido ou exercício em excesso que não foi compensado com alimento; tratada com carboidrato de ação rápida seguida por um lance ou refeição substancial.(BRUNNER; SUDDARTH,2002 p.934).

Brasil(2011): DM (Diabetes Mellitus) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, em longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos.

Segundo aOMS, Diabetes de Mellitus:

Uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hipoglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Os sintomas característicos são: polidipsia, poliúria, borramento da visão e perda de peso. (MIRANZI, 2008,p.673).

Os quadros de diabetes se diferenciam em sua etiologia, que por consequência também vai induzir em uma forma diferenciada em seu tratamento existem quatro tipos de diabetes e para com um deles um perfil diferente, e origens diferentes. Sendo elas consideradas segundo (DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS, 1998):

Diabetes tipo 1: previamente referida como *Diabetes de mellitus* insulino-dependente. Caracteriza-se por distribuição das células beta pancreáticas. Acredita-se que a combinação genética, imunológica e possivelmente ambiental, como exemplo as virais, distribuição das células beta. Resulta primariamente da destruição das células betapancreáticas e tem tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos. Inclui casos decorrentes de doença autoimune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida. (BRASIL, 2011)

Diabetes tipo 2: referida como *Diabetes mellitus* não-insulino-dependente. Caracteriza-se pela resistência á insulina e sua secreção comprometida. A resistência refere-se a sensibilidade diminuída dos tecidos a esse hormônio. Normalmente a insulina liga-se a receptores especiais nas superfícies das celulares e inicia uma seriei de reações envolvidas no

metabolismo da glicose.(BRUNNER; SURDDART, 2002.p.937). Resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O DM tipo 2 é hoje considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos. Denomina-se resistência à insulina o estado no qual ocorre menor captação de glicose por tecidos periféricos (especialmente muscular e hepático), em resposta à ação da insulina. As demais ações do hormônio estão mantidas ou mesmo acentuadas. Em resposta a essa resistência tecidual há uma elevação compensatória da concentração plasmática de insulina com o objetivo de manter a glicemia dentro dos valores normais. A homeostase glicêmica é atingida às custas de hiperinsulinemia. As principais características da síndrome estão descritas no quadro a seguir e todas concorrem para a doença vascular aterosclerótica. (BRASIL, 2011)

Os termos referidos aos dois tipos de diabetes 1 e 2, associados a dependência ou não da insulina, referidos pelo (DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS, 1998):

Os termos “diabetes insulino-dependentes” e “diabetes de mellitus não insulino dependente” e seus acrônimos (DMID E DMIND, respectivamente) Não são mais recomendados, por que eles resultam-na classificação dos pacientes com base no tratamento de diabetes, em vez de etiologia subjacente. O uso do números romanos(tipo I e tipo II) para diferenciar ente dois casos trocados tipo 1 e tipo 2 para reduzir confusão.”

Diabetes de Mellitus associado a outras condições ou síndromes.

3.4.6 Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

Diabetes gestacional é definido como qualquer grau de intolerância a glicose com seu início durante a gestação. A hiperglicemia desenvolve-se durante a gestação por causa das secreções dos hormônios placentários. A avaliação seletiva para diabetes durante a gestação esta sendo recomendadas para mulheres entre 24.^a 28.^a semanas de gestação que satisfaçam a um ou mais dos seguintes critérios: 25 anos de idades ou mais; menos de 25 anos e obesa; historia familiar de diabetes nos parentes de primeiro grau; ou um membro étnico/racial com elevadas pré-disposições para o diabetes.(BRUNNER; SURDDART, 2002, p.938).

É a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de DM e de tolerância à glicose diminuída, detectados na gravidez. (BRASIL, 2011).

Manifestação Clínica

Segundo Brasil(2011) o Diabetes mellitus tipo 1 tem maior incidência em crianças, adolescentes e adultos jovens, no qual se destacam:

- Início abrupto dos sintomas.
- Pacientes magros.
- Facilidade para Cetose e grandes flutuações da glicemia.
- Pouca influência hereditária.
- Deterioração clínica, se não tratado imediatamente com insulina.

Diabetes mellitus tipo 2.

- Obesidade, especialmente de distribuição abdominal (obesidade "androide ou tipo maçã") diagnosticada quando a razão entre a circunferência da cintura e do quadril (RCQ) é maior que 1 m, para os homens, e maior que 0,80 m, para as mulheres. Esta condição está presente em 80% dos pacientes no momento do diagnóstico.
- Forte componente hereditário.
- Idade maior que 30 anos, embora possa ocorrer em qualquer época. A prevalência aumenta com a idade, podendo chegar a 20% na população com 65 anos ou mais. Atualmente, têm surgido casos de DM tipo 2 em crianças e adolescentes, principalmente em obesas e as que apresentam características de resistência insulínica como a *Acantosenigricans*.
- Pode não apresentar os sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento).
- Evidências de complicações crônicas micro e macrovasculares, ao diagnóstico, pelo fato desses pacientes evoluírem 4 a 7 anos antes, com hiperglicemia não detectada.
- Não propensão à cetoacidose diabética, exceto em situações especiais de estresse agudo (sepsis, infarto agudo do miocárdio, etc.).

Anamnese

Questionar sobre:

- Sintomas (polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento), apresentação inicial, evolução, estado atual, tempo de diagnóstico;
- Exames laboratoriais anteriores;
- Padrões de alimentação, estado nutricional, evolução do peso corporal;
- Tratamento(s) prévio(s) e resultado(s);

- Prática de atividade física;
- Intercorrências metabólicas anteriores (cetoacidose, hiper ou hipoglicemia, etc.);
- Infecções de pés, pele, dentária e geniturinária;
- Úlceras de extremidades, parestesias, distúrbios visuais;
- IAM ou AVE no passado;
- Uso de medicações que alteram a glicemia;
- Fatores de risco para aterosclerose (hipertensão, dislipidemia, tabagismo, história familiar);
- História familiar de DM ou outras endocrinopatias;
- Histórico gestacional;
- Passado cirúrgico.

Exame físico

- Peso e altura - excesso de peso tem forte relação causal com o aumento da pressão arterial e da resistência insulínica. Uma das formas de avaliação do peso é através do cálculo do índice de massa corporal (IMC), dividindo o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros.
 - Esse indicador deverá estar, na maioria das pessoas, entre 18,5 e 25,0 kg/m².
 - Palpação da tireóide.
 - Circunferência da cintura e do quadril para cálculo da RCQ – Relação Cintura-Quadril, (RCQ normal: homens, até 1m; mulher, até 0,80m).
 - Exame da cavidade oral (gingivite, problemas odontológicos, candidíase).
 - Avaliação dos pulsos arteriais periféricos edema de MMII (membros inferiores).
 - Exame dos pés: lesões cutâneas (infecções bacterianas ou fúngicas), estado das unhas, calose deformidades.
 - Exame neurológico sumário: reflexos tendinosos profundos, sensibilidade térmica, tátil e vibratória.
 - Medida da PA, inclusive em ortostatismo.
 - Exame de fundo-de-olho com pupila dilatada.
- O rastreamento do DM Sinais e sintomas segundo Brasil (2011):
- Poliúria / mictúria.
 - Polidipsia / boca seca.

- Polifagia .
- Emagrecimento rápido.
- Fraqueza / astenia / letargia.
- Prurido vulvar ou balanopostite.
- Diminuição brusca da acuidade visual.
- Achado de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina. Sinais ou sintomas relacionados às complicações do DM: proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual, paralisia óculo motora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição, etc.

Condições de risco do DM tipo 2 Segundo Brasil (2011)

- Idade > 40 anos.
- Histórico familiar (pais, filhos, irmãos, etc.).
- Excesso de peso (IMC >25 kg/m²).
- Obesidade (particularmente do tipo andróide ou central).
- HAS.
- Presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos.
- Histórico prévio de hiperglicemia e/ou glicosúria.
- Mães de recém-nascidos com mais de 4 kg.
- Mulheres com antecedentes de abortos frequentes, partos prematuros, mortalidade perinatal, polidrâmnio, diabetes gestacional.
- HDL - colesterol = 35 mg/dl.
- Triglicerídeos = 200 mg/dl.
- Uso de medicamentos diabetogênicos (corticóides, anticoncepcionais, etc.).
- Sedentarismo.

A glicemia capilar pode ser utilizada para rastreamento de DM, devendo-se confirmar o diagnóstico com glicemia plasmática. O rastreamento seletivo é recomendado segundo Brasil (2011):

- A cada três a cinco anos para indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos;
- de um a três anos quando:
- Há história de diabetes gestacional,
- Há evidências de dois ou mais componentes da síndrome plurimetabólica,
- Há presença de dois ou mais fatores de risco;

Uma vez por ano, ou mais frequentemente, nas seguintes condições:

- Glicemia de jejum alterada ou tolerância à glicose diminuída (mais frequentemente quando a suspeita é de DM tipo I);
- Presença de complicações relacionadas com Diabetes gestacional.

Na primeira consulta de pré-natal deve-se realizar uma glicemia de jejum aplicando os critérios gerais de diagnóstico.

O rastreamento do DM gestacional é realizado entre a 24^a e 28^a semanas de gravidez, podendo serem uma ou duas etapas:

- Em uma etapa - é aplicado diretamente o teste oral de tolerância à glicose - TOTG, com ingestão de 75 g de glicose;
- Em duas etapas - inicialmente, é aplicado um teste de rastreamento incluindo glicemia de jejum ou glicemia de uma hora após ingestão de 50 g de glicose (jejum dispensado). Testes são considerados positivos quando a glicemia de jejum for = 85 mg/dl ou a glicemia uma hora após 50 g de glicose for = 140 mg/dl. Nos casos considerados positivos, é aplicado o TOTG, com 75g de glicose.

Diagnóstico laboratorial

Glicemia de jejum

Por sua praticidade, a medida da glicose plasmática em jejum (8 a 12 horas) é o procedimento básico empregado para fazer o diagnóstico do DM. Teste oral de tolerância à glicose (TOTG).

O teste padronizado de tolerância à glicose é realizado com medidas de glicemia nos tempos de 0 e 120 minutos após a ingestão de 75 g de glicose anidra (ou dose equivalente de 82,5 g de dextrosol).

A realização do teste de sobrecarga de 75 g está indicada quando:

- A glicose plasmática de jejum for >110 mg/dl e < 126 mg/dl;
- A glicose plasmática de jejum for < 110 mg/dl na presença de dois ou mais fatores de risco para

DM nos indivíduos com idade superior a 45 anos. A hemoglobina glicada e a glicemia através de tiras reagentes não são adequadas para o diagnóstico do DM. As tiras reagentes podem ser usadas para rastreamento. A hemoglobina glicada é um excelente método laboratorial de avaliação do controle das alterações na tolerância à glicose

São definidas as seguintes categorias de alterações:

- Glicemia de jejum alterada – o diagnóstico é feito quando os valores da glicemia de jejum situarem-se entre 110 e 125 mg/dl;
- Tolerância diminuída à glicose – diagnosticada quando os valores da glicemia de jejum forem inferiores a 126 mg/dl e, na segunda hora após sobrecarga com 75 g de glicose via oral, situarem-se entre 140 e 199 mg/dl;
- Diabetes mellitus - DM – diagnosticada quando o valor da glicemia de jejum for maior que 126mg/dl e, na segunda hora, após a ingestão de 75g de glicose anidra, maior ou igual a 200 mg/dl.

Diagnóstico de DM

Este pode ser feito diante das seguintes situações:

- Sintomas clássicos de DM e valores de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl; sintomas clássicos de DM e valores de glicemia realizada em qualquer momento do dia iguais ou superiores a 200 mg/dl;
- Indivíduos assintomáticos, porém com níveis de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126mg/dl, em mais de uma ocasião; indivíduos com valores de glicemia de jejum menores que 126 mg/dl e, na segunda hora após uma sobrecarga com 75 g de glicose via oral, iguais ou superiores a 200 mg/dl.

Diagnóstico de diabetes gestacional

Os critérios diagnósticos são baseados no TOTG, com administração de 75 g de glicose, e compreendem:

- glicemia de jejum = 126 mg/dl e/ou
- glicemia, duas horas após administração, = 140mg/dl.

No rastreamento com o teste de 50 g de glicose, pode-se considerar o diagnóstico de DM gestacional quando o valor de glicose plasmática de uma hora estiver acima de 185 mg/dl. O estágio clínico denominado glicemia de jejum alterada (glicemia de jejum = 110 mg/dl e inferior a 126 mg/dl) não foi incluído nos critérios diagnósticos do DM gestacional. No entanto, recomenda-se que, ao empregar a glicose plasmática de jejum como teste de rastreamento na gravidez, a detecção de uma glicemia compatível com esse estágio requer confirmação diagnóstica imediata através do TOTG com 75 g.

DM no idoso

No idoso, a expressão clínica é frequentemente mais insidiosa, podendo cursar de uma maneira “atípica”, segundo Brasil(2011):

- A poliúria e a polidipsia, secundárias à hiperglicemia, podem não surgir até que a doença esteja bastante avançada:
- Com a redução da taxa de filtração glomerular no idoso, há redução da diurese osmótica e, conseqüentemente, diminuição das perdas de água e sal normalmente associadas à hiperglicemia,
- Além disso, o limiar renal para a eliminação da glicose na urina pode aumentar com o envelhecimento. Assim, a glicosúria pode não aparecer até que os níveis glicêmicos atinjam níveis superiores a 200 mg/dl; entretanto há relatos de níveis de até 300 mg/dl sem poliúria,
- Por outro lado, pode haver glicosúria sem hiperglicemia, em conseqüência de distúrbio tubular, o que pode ocasionar um diagnóstico equivocado de DM,
- Um fato a destacar é que se a poliúria está presente no idoso, muitas vezes não é pensada como sendo causada por DM, mas, frequentemente, por hipertrofia prostática, cistites e incontinência urinária, entre outras causas,
- A polidipsia é um alarme comum de estado hiperosmolar nos mais novos. Os idosos, por outro lado, podem apresentar-se com grave depleção de espaço extracelular, hiperosmolaridade e mesmo coma, sem aviso prévio e sem polidipsia. Uma alteração relacionada com o centro osmoregulador no hipotálamo pode ser a responsável por esta aparente falta de resposta ao aumento da osmolaridade sérica;
- Os pacientes idosos raramente desenvolvem cetoacidose, mas podem, ao invés disso, entrarem em estado de hiperosmolaridade e fazer sua apresentação inicial com confusão, coma ou sinais neurológicos focais;
- Os pacientes idosos podem ainda apresentar queixas inespecíficas como: fraqueza, fadiga, perda da vitalidade ou infecções menos importantes da pele e tecidos moles, como a monilíase vulvo-vaginal. Como regra, na presença de prurido vulvar pense em monilíase; na presença de monilíase, pense em diabetes. Frequentemente, anormalidades neurológicas ou neuropatias, tanto cranianas como periféricas, são os sintomas iniciais. Nestes casos, é o neurologista quem, muitas vezes, faz o diagnóstico de DM.

Parâmetros bioquímicos para o controle metabólico

Os parâmetros bioquímicos para o controle glicêmico do DM podem ser divididos

em:

- De curto prazo (glicosúria, cetonúria e glicemia) de médio prazo (albumina glicada e frutosemina);
- De longo prazo (hemoglobina glicada e glicohemoglobina).

Glicosúria

A avaliação da glicosúria através de técnicas semiquantitativas ou quantitativas permanece como um método utilizado para a monitoração do tratamento do DM quando não for possível a monitoração com glicemia capilar. Os testes urinários realizados pelo menos duas vezes ao dia, antes de cada aplicação insulínica, ou quatro vezes ao dia antes das principais refeições, e à noite, ao deitar, podem auxiliar no estabelecimento do padrão de ação insulínica e na avaliação do controle glicêmico. Com o objetivo de melhorar a correlação entre a glicosúria e a glicemia, o paciente deve esvaziar a bexiga, ingerir água, aguardar por aproximadamente 30 minutos, urinar novamente e então efetuar a glicosúria. Em condições ideais, a glicosúria deve ser negativa, mas considera-se aceitável uma glicosúria em amostra isolada inferior a 5 g/l e inaceitável quando acima desse valor.

Contudo, existem vários aspectos que devem ser considerados quando utilizamos a glicosúria para estimar a glicemia:

- A capacidade máxima de reabsorção tubular renal de glicose corresponde a uma concentração plasmática de aproximadamente 160 mg/dl ou 180 mg/dl. Portanto, para uma glicemia em torno de 180 mg/dl, a glicosúria deve ser negativa. Em muitos adultos, particularmente aqueles com diabetes de duração prolongada, esta capacidade de reabsorver glicose pode variar substancialmente – de modo que pode existir hiperglicemia acentuada sem glicosúria. Por outro lado, alguns indivíduos, principalmente crianças e mulheres grávidas, podem apresentar reabsorção tubular renal muito baixa ou variável, resultando em glicosúria com euglicemia;
- A ingestão de líquido e a densidade urinária podem alterar os testes;
- Uma glicosúria negativa não é capaz de fazer distinção entre uma hipoglicemia, euglicemia e uma hiperglicemia leve ou moderada;
- A metodologia para os testes de urina domiciliares envolvem o uso de tiras reagentes que mudam de cor e são comparadas a uma coloração padrão – o que se torna difícil para os daltônicos e pacientes com comprometimento

Visual:

- Algumas drogas (vitamina C e AAS) podem falsear o resultado da glicosúria; e grandes quantidades de cetona podem diminuir o aparecimento de cor nas tiras

reagentes. As considerações acima referidas devem ser de conhecimento tanto da equipe de saúde como dos pacientes, para que possam interpretar adequadamente a glicosúria e saber as suas limitações.

Cetonúria:

A determinação da cetonúria constitui parte importante do controle metabólico, especialmente nos diabéticos tratados com insulina. A cetonúria pode ser indicativa de cetoacidose em evolução, condição que necessita assistência médica imediata.

A cetonúria deve ser pesquisada em:

- Situações de doenças agudas e infecções;
- Quando a glicemia está persistentemente acima de 300 mg/dl;
- Durante a gestação;
- Quando sintomas de cetoacidose (náuseas, vômitos, dor abdominal) estão presentes.

A cetonúria, entretanto, associada a níveis baixos de glicemia ou glicosúrias negativas, indica falta de suprimento alimentar. Por outro lado, denominada cetose pura, na ausência do jejum, de infecções ou situações de estresse, associada à hiperglicemia, indica deficiência insulínica – no mínimo, de grau moderado.

Glicemia capilar

Um grande avanço no monitoramento do tratamento nos pacientes diabéticos foi a possibilidade de se avaliar a glicemia do sangue capilar através das tiras reagentes de leitura comparativa ou óptica. A automonitoração é recomendada para todos os pacientes em uso de insulina. Pode também ser recomendada para aqueles em uso de sulfoniluréias e todos os que não conseguem atingir as metas terapêuticas.

Para os pacientes do tipo 1, recomenda-se a automonitoração da glicemia com pelo menos quatro ou mais testes ao dia (antes de cada refeição principal e à noite, ao deitar).

3.5 Assistência dos Profissionais no Programas que Abrangem a Hipertensão e Diabetes

Em janeiro de 2001 a norma operacional de assistência á saúde (NOAS-SUS 01/2001) estimula maior assistência e ações aos serviços de saúde. Estabelecendo como pré-requisito de acordo com Petry(2007):

Na organização da assistência se enfatiza a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção básica em todos os municípios brasileiros, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas, relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase).

Restritamente aos crônicos hipertensivos e diabéticos como enfatiza (CARVALHO FILHA e *et al*): O tratamento adequado é fundamental para a manutenção da qualidade de vida dos usuários, entendida como uma menção às condições de vida de um ser humano. Dentre os planos adotados está: o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, reformulados e adequados a nova realidade brasileira entre os anos de 2011 a 2022, os próximos dez anos.

Atenção Básica em Saúde, que, hoje, cobre cerca de 60% da população brasileira. As equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria do tratamento dos usuários com DCNT. (BRASIL, 2011).

Diante dessa perspectiva os dados apontam que as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes. (SCHMIDT, BRASIL 2011).

Apesar de elevada taxa, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período segundo o Ministério da Saúde.

A redução das DCNT pode ser em parte, atribuída à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010).

Fatores de risco no Brasil: os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliça sem cinco ou mais dias por semana. 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente. (DCNT. BRASIL, 2011).

Enfatizando também os pré-requisitos para a qualidade e boa eficácia do tratamento e a medicação acessível e adequada, à expansão da atenção farmacêutica e à distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes, estatina, entre outros). Que vivenciam a nova

realidade Brasil, e colaboram para qualidade do tratamento continuado e crônico dos pacientes, segundo os dados do Ministério da Saúde. (DCNT. BRASIL, 2011).

As respectivas análises refletem enquadradas na qualidade dos serviços prestados ou em suma importância com relevância realidade contrária, que refletem em indicadores contrários, que permitem observar a qualidade dos serviços oferecidos.

Segundo Ministério da Saúde, na abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão (BRASIL, 2011):

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. Sempre que possível, além do médico, devem fazer parte da equipe multiprofissional os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2011 p.24).

Para Petry(2007), uma abordagem multiprofissional garante direitos básicos, e atingem de forma direta todos os eixos essenciais, enfocando assim uma saúde assistencialista, e diretiva.

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento do processo de atenção continuada à saúde. (STARFIELD *apud* PETRY, 2007, p.53).

Dentre as ações comuns à equipe multiprofissional, destacam-se as seguintes:

Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo);

- Treinamento de profissionais;
- Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado;
- Ações assistenciais individuais e em grupo;
- Gerenciamento do programa.

3.5.1 Fatores de riscos

Segundo Brasil (2013), Dentre os fatores de risco associados a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus encontramos alguns principais e primordiais que são eles:

- Urbanização crescente;
- Idade maior de 45 anos (envelhecimento da população);
- Estilo de vida pouco saudável, como: sedentarismo, dieta inadequada e obesidade;
- Sobrepeso (IMC - índice de massa corporal maior ou igual a 25);
- Antecedente familiar;
- Hipertensão arterial (maior que 14 por 9);
- Colesterol e/ou triglicerídios maior que o normal;
- História de macrosomia ou diabetes gestacional;
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos;
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Diante da lista de fatores de risco associados a Hipertensão e Diabetes Mellitus, O (Portal Saúde) estabelece algumas formas de como prevenir as patologias e como diminuir o grau de complicações.

- Mudanças de estilo de vida
- Redução de peso (entre 5 a 10% do peso)
- Manutenção do peso perdido
- Aumento da ingestão de fibras
- Restrição de gorduras, especialmente as saturadas
- Aumento de atividade física regular
- acompanhamento médico periódico;
- manter o peso adequado, se necessário, mudando hábitos alimentares;
- não abusar do sal, utilizando outros temperos que ressaltam o sabor dos alimentos;
- abandonar o fumo;
- moderar o consumo de álcool;
- evitar alimentos gordurosos;
- controlar o diabetes.

4 PROCESSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativo dos dados a partir de questionários. Este instrumento foi composto por questões abertas e fechadas, que se destinou a avaliação da qualidade do programa HIPERDIA a partir da satisfação dos usuários no Centro de Saúde Toca da Raposa.

Segundo Gunther (2006, p. 208) esse tipo de pesquisa “se caracteriza pela associação entre “um método que análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, privilegiando a melhor compreensão do tema a ser estudado, facilitando assim a interpretação dos dados obtidos”.

Nesse caso a pesquisa quantitativa, permite a análise minuciosa e fiel do grupo em estudo por possibilitar um melhor conhecimento acerca dos problemas vivenciados pelos idosos, sua cultura, valores e sentimentos. (MINAYO, 2007).

Foi realizada pesquisa bibliográfica conjuntamente a pesquisa de campo para o alcance dos objetivos almejados, uma vez que juntas permitem ao cientista amparar-se em um embasamento teórico, mas sem desconsiderar as particularidades do público-alvo durante o direcionamento das atividades.

4.2 Local e Período da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Toca da Raposa de São Mateus do Maranhão, no período de novembro e dezembro de 2012.

A referida instituição municipal comporta 2 equipes de ESF na qual é composta por 14 agentes comunitários de saúde, 2 enfermeiros, 2 médicos, 3 auxiliar e/ou técnicos de enfermagem, 4 recepcionista, e conta ainda com 2 equipes saúde bucal, composta por 2 auxiliares de saúde bucal e 2 odontologistas.

O Centro de Saúde caracteriza-se quanto à estrutura física: 01 sala de curativo, 04 consultório, 01 farmácia, 01 recepção, 01 sala de espera, 01 cozinha, 01 almoxarifado, 01 sala de triagem.

São Realizados procedimentos como curativo, inalação, aferição de pressão arterial, glicemia capilar, vacina, administração de medicação e dispensação de medicamentos. Além dos atendimentos odontológicos, consultas de enfermagem, visitas domiciliares e preventivos.

O Centro de Saúde Toca da Raposa funciona de segunda à sexta, de 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00.

4.3 População e Amostra

A população em estudo constitui-se de pacientes cadastrados no programa HIPERDIA da Estratégia de Saúde da Família, no ano de 2012; onde foi utilizado um *CheckList* (APÊNDICE A) a todos os usuários cadastrados no programa HIPERDIA no Centro de Saúde Toca da Raposa que compareceram espontaneamente a consulta de rotina no período.

A escolha dos pacientes foi de forma aleatória e simples; sendo trabalhado com 30 (50%) dos pacientes cadastrados no período de novembro a dezembro de 2012.

Para isso, buscou-se descrever o perfil dos pacientes quanto a idade, situação conjugal, Escolaridade e renda, referencia a ocupação dos entrevistados, ao tempo que fazem acompanhamento no programa HIPERDIA, distribuição quanto a frequência de consultas mensalmente, etnia, ao esclarecimento das dúvidas encontradas no ato da consulta, a patologia que fazem acompanhamento, a deficiência encontrada em relação a estrutura física da unidade de saúde, linguagem utilizada pelos profissionais durante as consultas, as dificuldades encontradas para receber as medicações, e se participou de atividades educativas para hipertensão e diabetes.

Dentre os critérios de inclusão temos:

- Pacientes presentes no Centro de Saúde Municipal em São Mateus do Maranhão cadastrados no programa HIPERDIA, e fazem acompanhamento mensal com o enfermeiro, com idade de 20 anos ou mais.

Dentre os critérios de exclusão temos:

- Pacientes que abandonaram o tratamento;
- Pacientes transferidos;

4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário individual, elaborado pelas autoras da pesquisa, semiestruturado com perguntas fechadas (APÊNDICE

B), que foi aplicado de acordo com a dinâmica de cada sujeito respondente, pois alguns preencheram o questionário, outros respondiam e os pesquisadores preenchiam os dados. Os dados foram coletados entre novembro e dezembro de 2012.

O formulário foi dividido em três partes, estabelecidas de acordo com as seguintes variáveis: perfil sócio demográfico dos pacientes entrevistados, nível de organização dos serviços de saúde no programa HIPERDIA, e relação profissional / usuário durante o acompanhamento das consultas.

4.5 Considerações Éticas

Conforme as diretrizes da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo assegura os direitos aos sujeitos da pesquisa sobre o anonimato e confidencialidade das informações. A pesquisa não acarretou custos nem riscos para os sujeitos. Todas as informações coletadas pertinentes à clientela do estudo em questão foram preservadas no processo de análise, garantindo-se o sigilo absoluto assim como fidelidade dos dados coletados encontrados.

4.6 Análise e Tabulação dos Dados

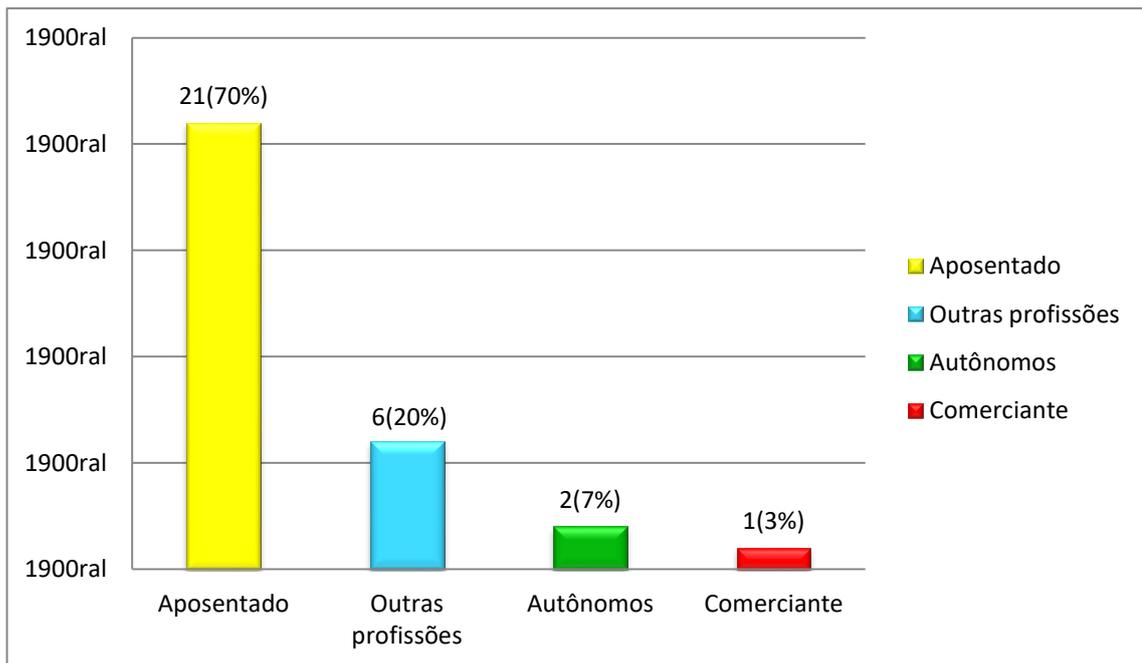
Inicialmente foi realizada a organização dos dados mediante a revisão manual dos questionários. Logo após, com os instrumentos devidamente preenchidos, os dados obtidos foram tabulados e submetidos à análise estatística, utilizando para esta finalidade o software Excel 2000.

Calcularam-se as frequências, absoluta e percentual, das variáveis indicadas em cada questão, expondo o achado em gráficos.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão representados através de gráficos de acordo com o objetivo proposto na pesquisa que é estudar a partir da percepção dos pacientes que fazem parte do programa HIPERDIA no Centro de Saúde Municipal Toca da Raposa de São Mateus do Maranhão.

Gráfico 1 – Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com a Ocupação/Ramo de Atividade. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.



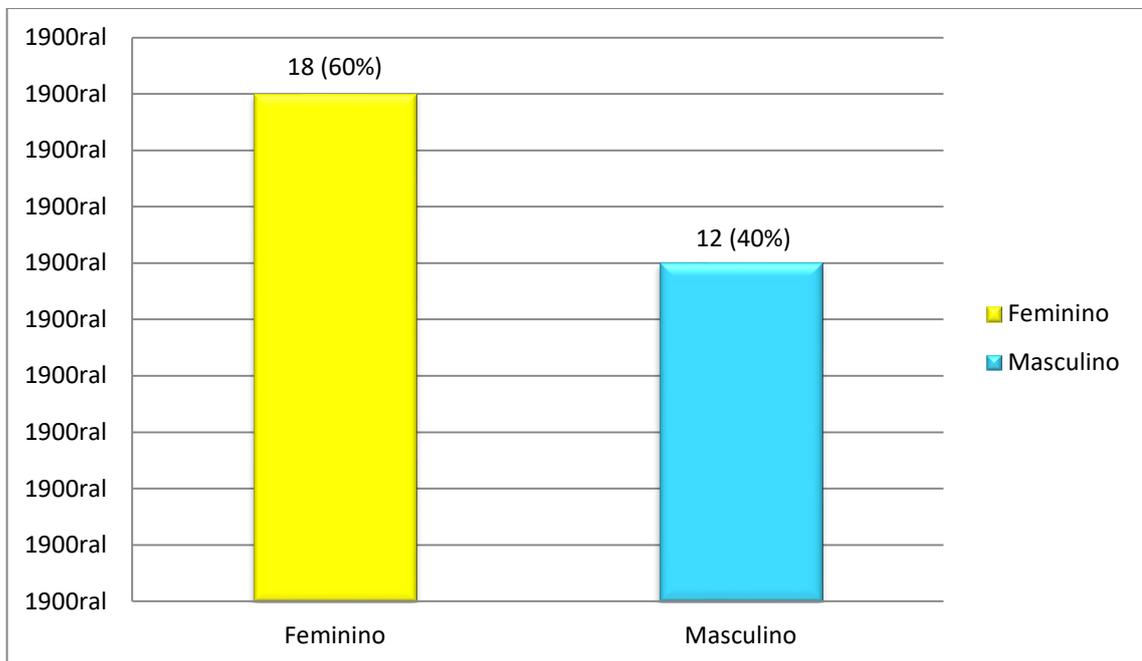
Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Na caracterização da população em estudo, observou - se diversas ocupações, entre as quais pode - se destacar o grupo dos aposentados; com 21 (70%); sendo o grupo com de maior numero de cadastrados no programa HIPERDIA no ano de 2012; em seguida tem o grupo de outras profissões com 6 (20%), autônomos com 2 (7%), e comerciante 1 (3%).

Ferreira e Ferreira (2009) mostraram que a prevalência dessas patologias e de suas complicações está aumentando por conta do crescimento e do envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência da obesidade, sedentarismo e maior sobrevivência desses pacientes.

Segundo Brasil (2010) as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de mortalidade em idosos com mais de 37% do numero de mortes. Os idosos acima dos 65 anos são os que mais sofrem com diabetes: 21,6% das pessoas nessa faixa etária possuem a doença. Em contraste, apenas 0,6% dos jovens entre 18 e 24 anos tem diabetes e hipertensão.

Gráfico 2 - Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com o Sexo. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.

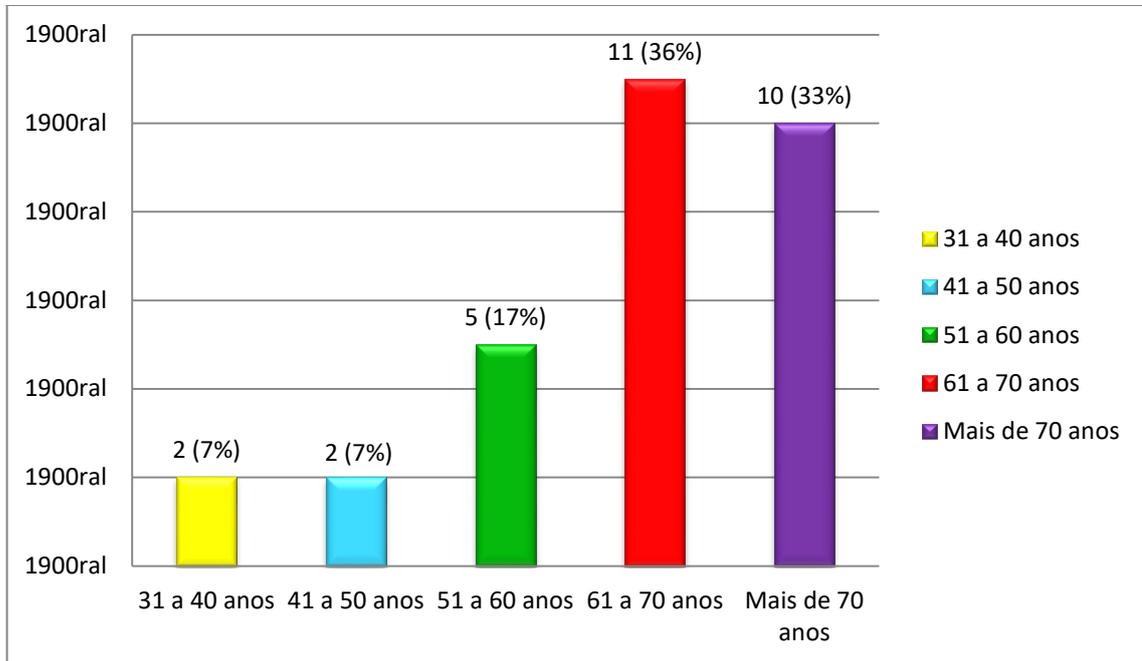


Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Primeiramente ao analisar os dados dos 30 sujeitos, observou - se que pelo Gráfico 2, que 18 (60%) dos pacientes cadastrados eram do sexo feminino, e 12 (40%) eram do sexo masculino e isso aponta que as mulheres tem uma maior preocupação no cuidado com a saúde que os homens.

Com relação a esse aspecto um estudo realizado por Barros *et al.*(2006) afirma que entre os pacientes que frequentam a UBS, nota-se a predominância do sexo feminino e a diferença encontrada entre homens e mulheres pode ser atribuída à maior demanda e à utilização dos serviços de saúde por esses pacientes.

Gráfico 3 – Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com a Faixa Etária. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.

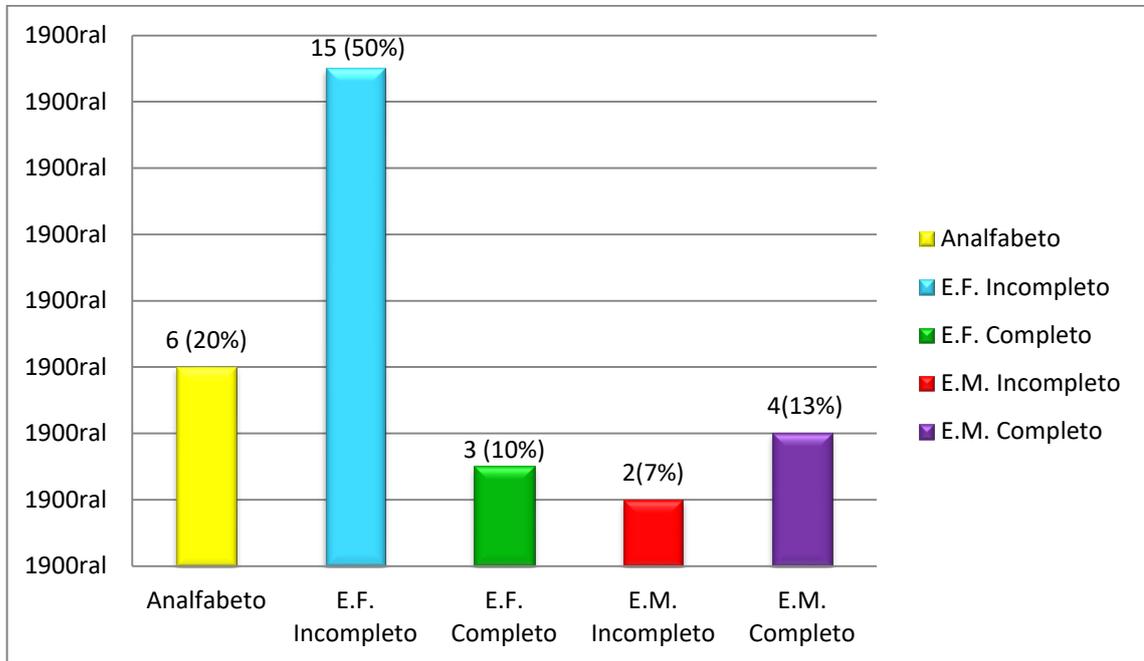


Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Em relação à faixa etária dos cadastrados a maior prevalência de HA e DM foi encontrada entre adultos com 61 a 70 anos 11 (36%), seguido do grupo com mais de 70 anos, 10 (33%); logo tem o grupo de 51 a 60 anos, 5 (17%), e de 41 a 50 anos, 2 (7%); e por ultimo o grupo de 31 a 40 anos, 2 (7%).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 8,6% da população total do Brasil chega a 14,5 milhões de pessoas, com base no Censo 2010 e em 2025 será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas. No entanto, é importante que as políticas de saúde sejam estabelecidas de maneira que garantam a promoção da saúde nas faixas etárias mais expostas ao risco de adoecer, sem perder de vista os outros ciclos da vida (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Gráfico 4 – Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com o Grau de Escolaridade. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.

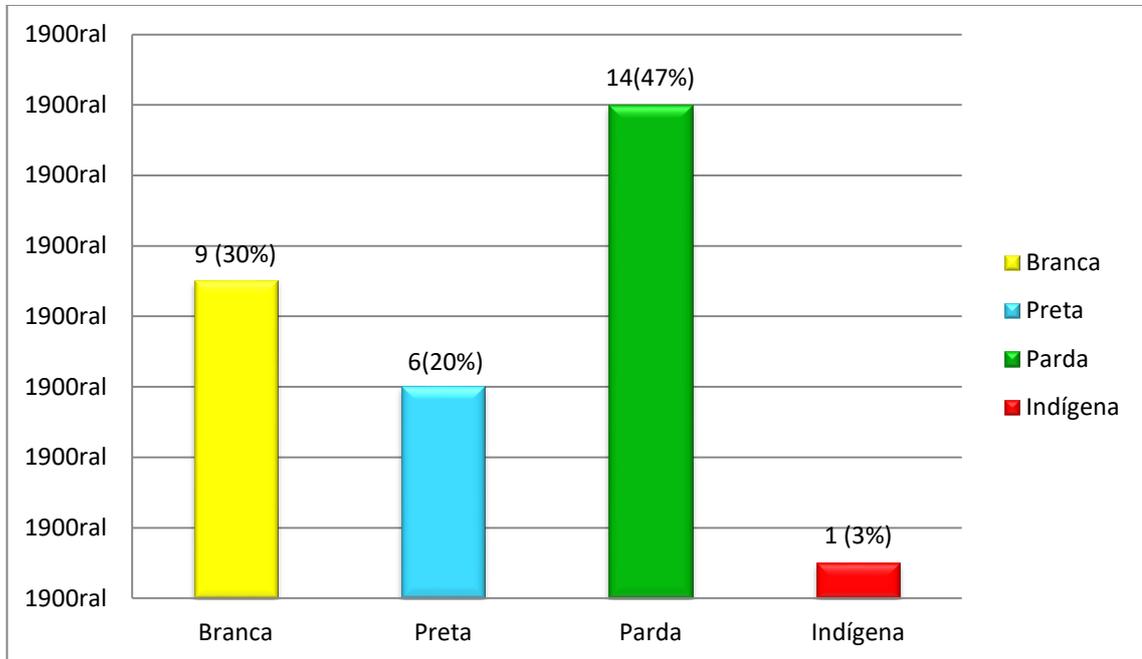


Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Quanto ao grau de escolaridade dos usuários cadastrados, o maior percentual encontrado 15 (50%) é de pessoas que possuem o ensino fundamental incompleto, em contrapartida de 6 (20%) que são analfabeto, 4 (13%) possuem o ensino médio completo, 3 (10%) o ensino fundamental completo, e apenas 2 (7%) possuem o ensino médio incompleto.

Um estudo realizado por Campos e Wendhausen (2007) mostra que grande parte da população não se encontra preparada para exigir que seus direitos em saúde sejam exercidos com qualidade e não possui informação que o atendimento dos serviços de saúde tem início na atenção básica.

Gráfico 5 - Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com a Etnia. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.



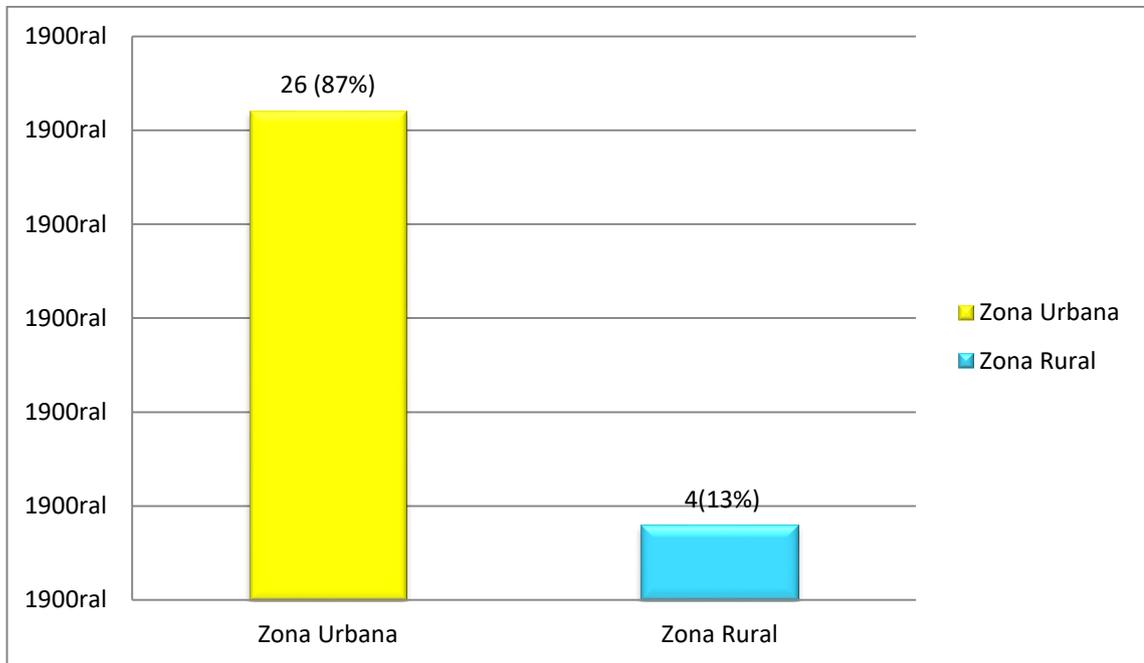
Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Ao analisar os dados do ano 2012 com 30 pacientes, observou-se que, há uma predominância maior entre os da raça parda com 14 (47%) do total; e da raça branca obteve 9 (30%); a raça preta 6 (20%); e a indígena 1 (3%).

Segundo Brasil (2005) considerando que a composição étnica do Brasil possui uma grande miscigenação, é importante que as análises levem em conta a distribuição segundo cor, ainda que essa informação esteja sujeita a variações decorrentes da subjetividade na classificação do entrevistador, que tende a classificar em categorias mais escuras aqueles que possuem menor renda, assim como das auto referências.

É possível realizar associação entre cor e a existência de desigualdades sociais, onde as populações de raças pardas e pretas teriam um menor nível de escolaridade e, conseqüentemente um menor poder aquisitivo, configurando alguns dos fatores de risco para aquisição da doença (IBGE, 2006).

Gráfico 6 - Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com a Zona de Moradia. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.



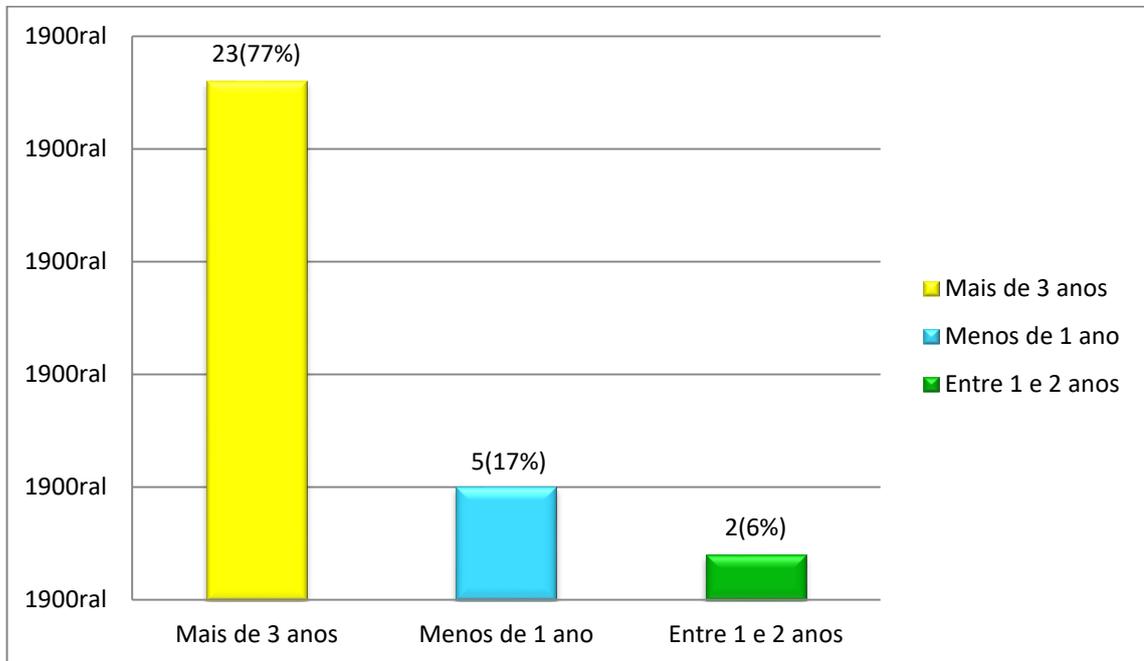
Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Em relação à zona observa-se que à zona urbana prevaleceu, com 26 (87%) e a quantidade de pacientes que residem na zona rural atingiu 4 (13%) do total de 30 pacientes.

À medida que a proporção de pessoas com Diabetes e HA residentes em áreas urbanas faz com que haja a conclusão de que o avanço da industrialização acentuou o processo de urbanização, e as taxas de crescimento das sedes metropolitanas e regionais que vêm diminuindo, de fato, houve um crescimento nas cidades pequenas, e de porte intermediário, apresentando um crescimento expressivo que favorece a incidência da doença.

Segundo Lessa (1998), a hipertensão arterial como entidade isolada é encontrada como a mais frequente causa de morbidade do adulto em todo o mundo industrializado, na sua maioria em países em desenvolvimento, sobretudo nos centros urbanos.

Gráfico 7 - Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com o Tempo de Acompanhamento no Programa HIPERDIA. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.

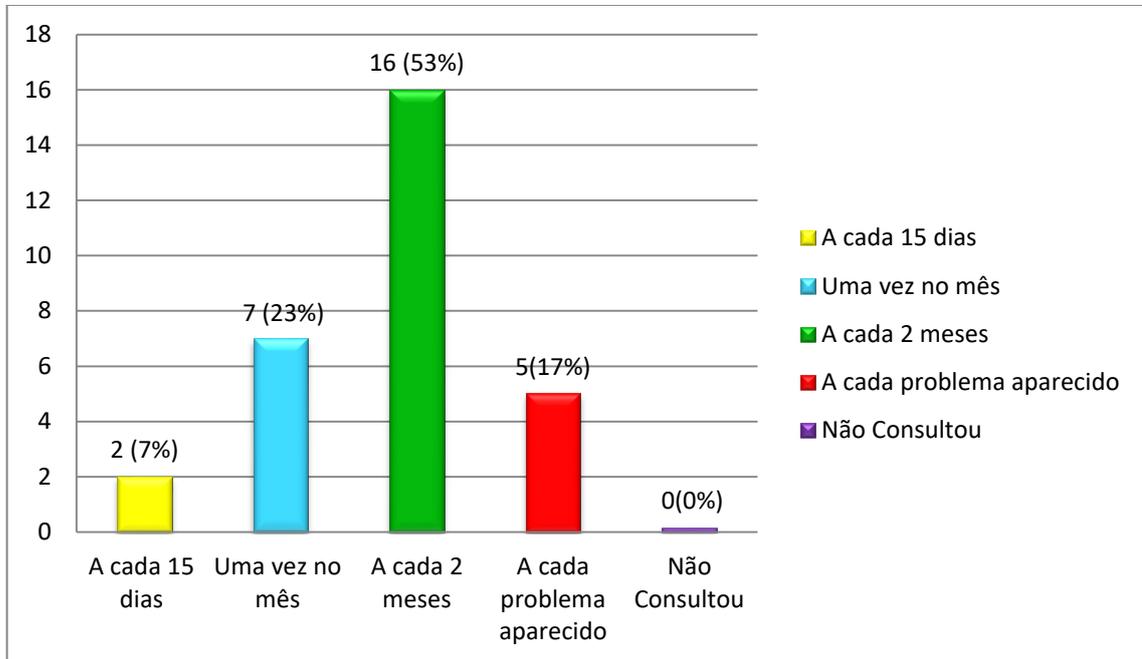


Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Ao analisar o tempo de acompanhamento dos pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA, identifica-se que 23 (77%) dos participantes fazem acompanhamento a mais de três anos, 5 (17%) há menos de um ano, e apenas 2 (6%) fazem acompanhamento de um a dos anos conforme apresentado na figura 2

Segundo o manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus o acompanhamento com a equipe de saúde principalmente a assistência de enfermagem é essencial para a prevenção de complicações e a persistência de fatores de risco. (BRASIL, 2002).

Gráfico 8– Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com a Freqüência de Consultas. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.



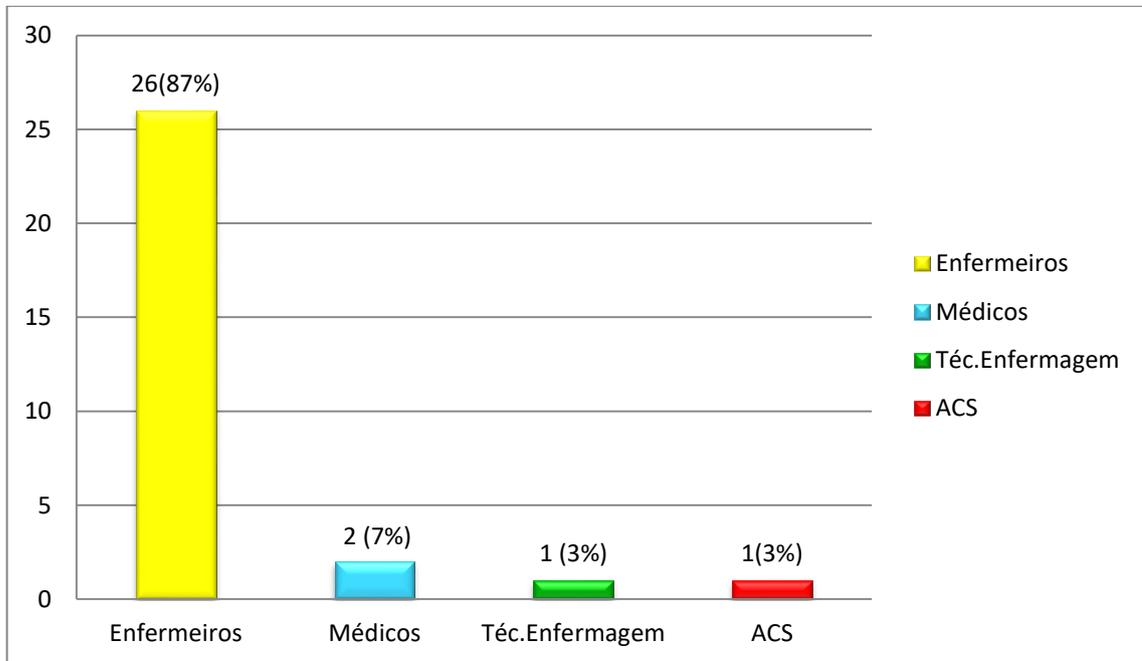
Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Em relação à frequência de Consultas no Mês, observa-se que a maior parte dos pacientes, resultando em 16 (53%) afirmam que comparecem a UBS a cada 2 meses para consulta com os profissionais, seguido de 7 (23%) que comparecem a unidade uma vez ao mês, 5 (17%) que vão à unidade sempre que aparecem um problema de saúde e 2 (7%) que em minoria vão a unidade de 15 em 15 dias para acompanhamento.

A análise mostra com o resultado da pesquisa que a grande maioria dos pacientes vão à unidade somente de 2 em 2 meses, na grande maioria das vezes apenas para pegar medicação, ou por estarem com algum problema e na maioria das vezes devido à busca ativa que é realizada a esses paciente faltosos. Se todos fizessem o acompanhamento correto todo mês, evitaria em grande parte algumas consequências graves como AVE, Infarto Agudo do Miocárdio e demais outros fatores correlacionados.

Segundo o manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus o acompanhamento com a equipe de saúde principalmente a assistência de enfermagem é essencial para a prevenção de complicações e a persistência de fatores de risco (BRASIL, 2002).

Gráfico 9 - Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com o Profissional que faz o Atendimento. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.



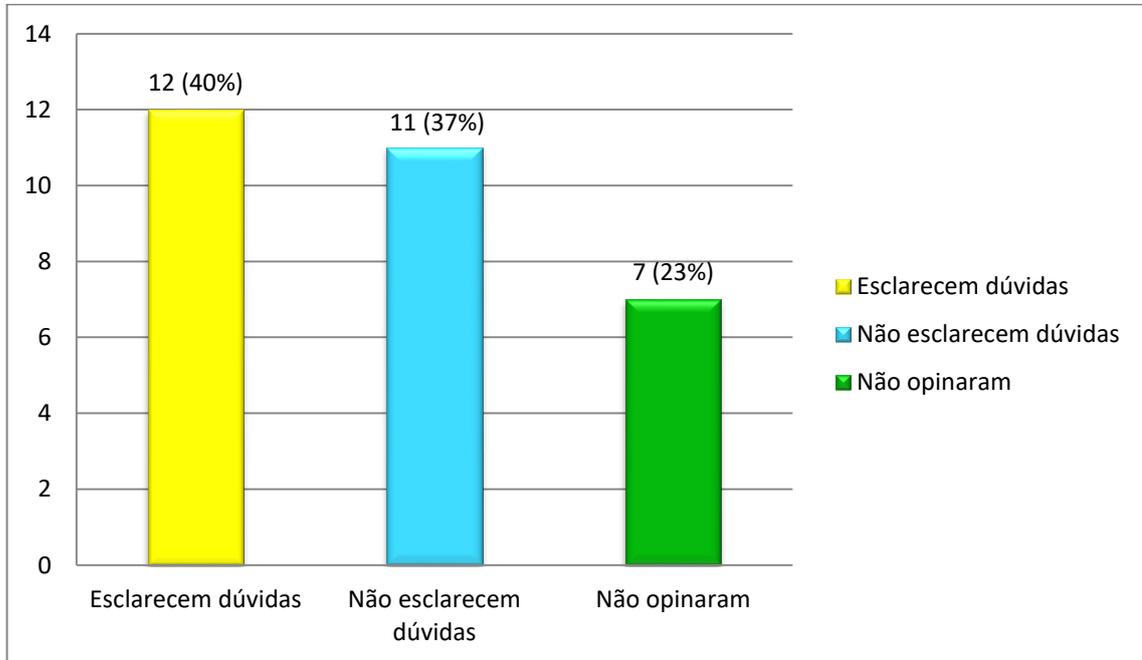
Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Ao analisar os dados, percebemos que os enfermeiros predominam com 26 (87%) como a classe que presta maior atendimento aos pacientes, seguido de 2 (7%) dos médicos, e 1 (3%) dos técnicos e 1 (3%) ACS. Sendo assim se torna imprescindível a importância do enfermeiro dentro da unidade básica de saúde.

O atendimento dos hipertensos e diabéticos exige disposição dos profissionais, seriedade na execução das ações e acima de tudo, o planejamento e organização da assistência.

Neste sentido, os profissionais de saúde da ESF, sobretudo os enfermeiros que de fato, mantém uma relação mais próxima com os hipertensos e diabéticos, devem incentivar os usuários a buscarem atendimento o mais precocemente possível, identificando possíveis sequelas e/ou intercorrências e incentivando a adesão ao tratamento. (BRASIL, 2006).

Gráfico 10 - Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com as Dúvidas entradas no Ato da Consulta. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.

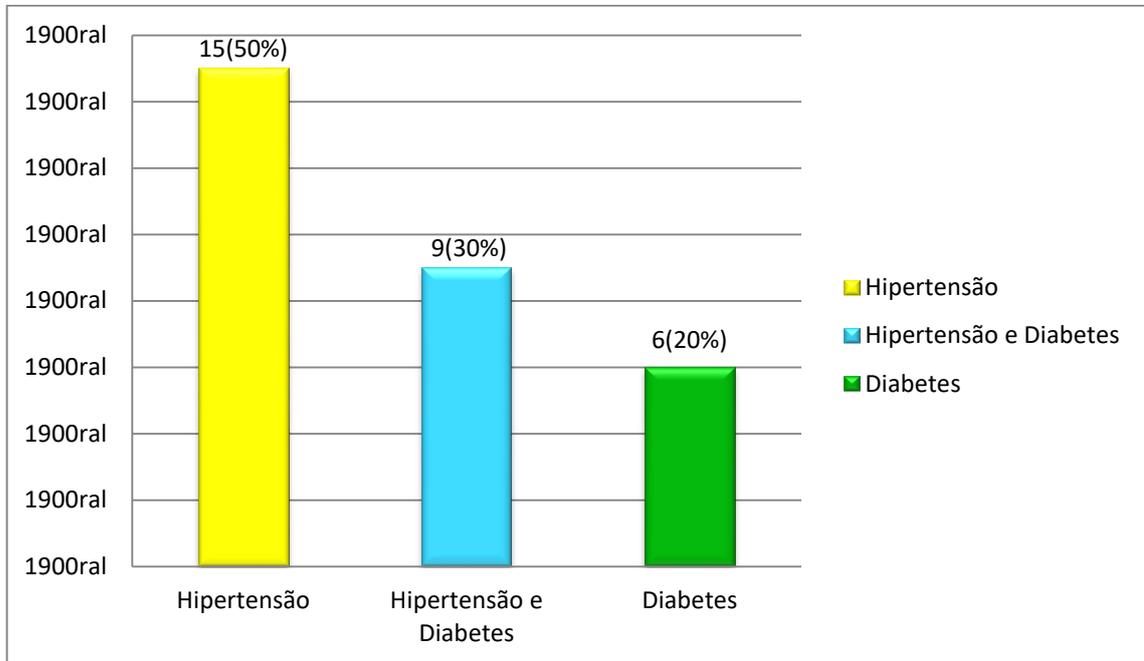


Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Os dados indicam que 12 (40%) dos pacientes entrevistados esclarecem suas dúvidas no momento da consulta, 11 (37%) não esclarecem as dúvidas, e apenas 7 (23%) não souberam opinar, o que leva a uma inadequada adesão do tratamento pelos pacientes, um sério problema em relação ao correto uso da medicação e como se obter uma vida saudável.

Orientações realizadas por equipes multiprofissionais demonstram efetividade relativa a diminuição de incidência de faltosos em consultas médicas, restabelecimento dos níveis aceitáveis de pressão e glicemia por meio de educação interativa e troca de experiência. (SILVA *et al.*, 2006).

Gráfico 11 - Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com a Patologia ao qual Fazem Acompanhamento. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.



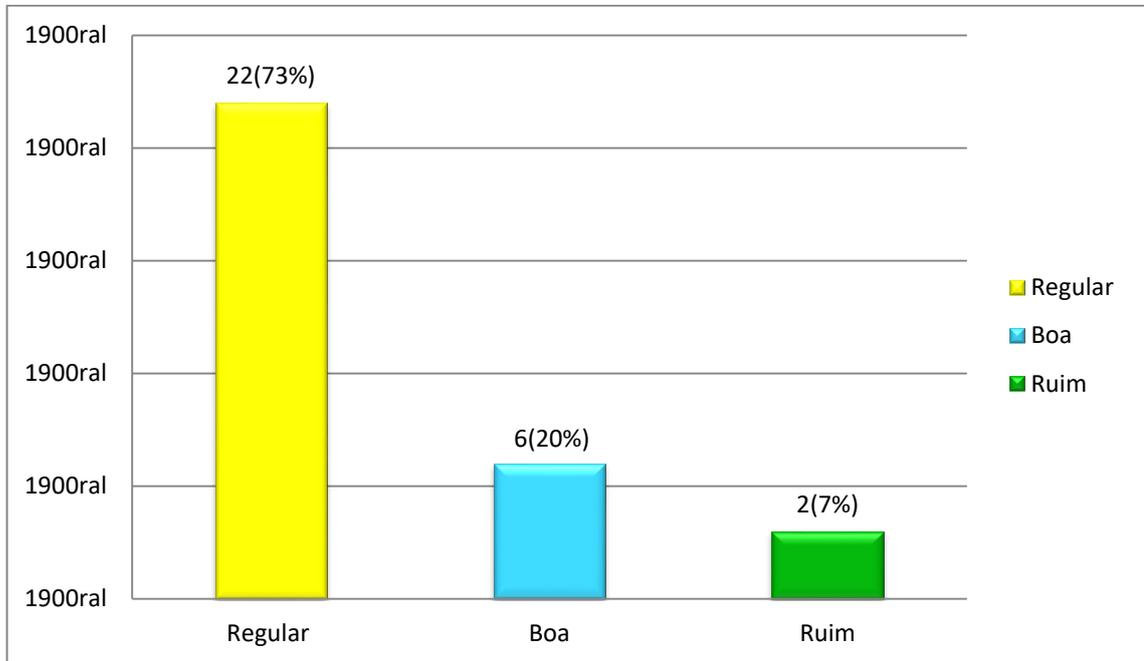
Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Sobre a patologia ao qual fazem acompanhamento, 15 (50%) dos entrevistados disseram que fazem acompanhamento para hipertensão, 9 (30%) apontaram tanto para Hipertensão como para Diabetes e 6 (20%) afirmaram acompanhamento apenas para Diabetes.

Em relação às patologias, percebe-se que a maioria dos entrevistados faz acompanhamento para Hipertensão, confirmando que a Hipertensão Arterial Sistêmica é a patologia que mais acomete os brasileiros.

Segundo Porto (2005), Trata-se de uma enfermidade que vem atingindo uma parte significativa da população adulta, em todo o mundo. Tal enfermidade tem dado origem a um número elevado de óbitos, decorrentes de diversos fatores, tais como acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio.

Gráfico 12- Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com a Deficiência encontrada quanto à Estrutura Física da Unidade. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.



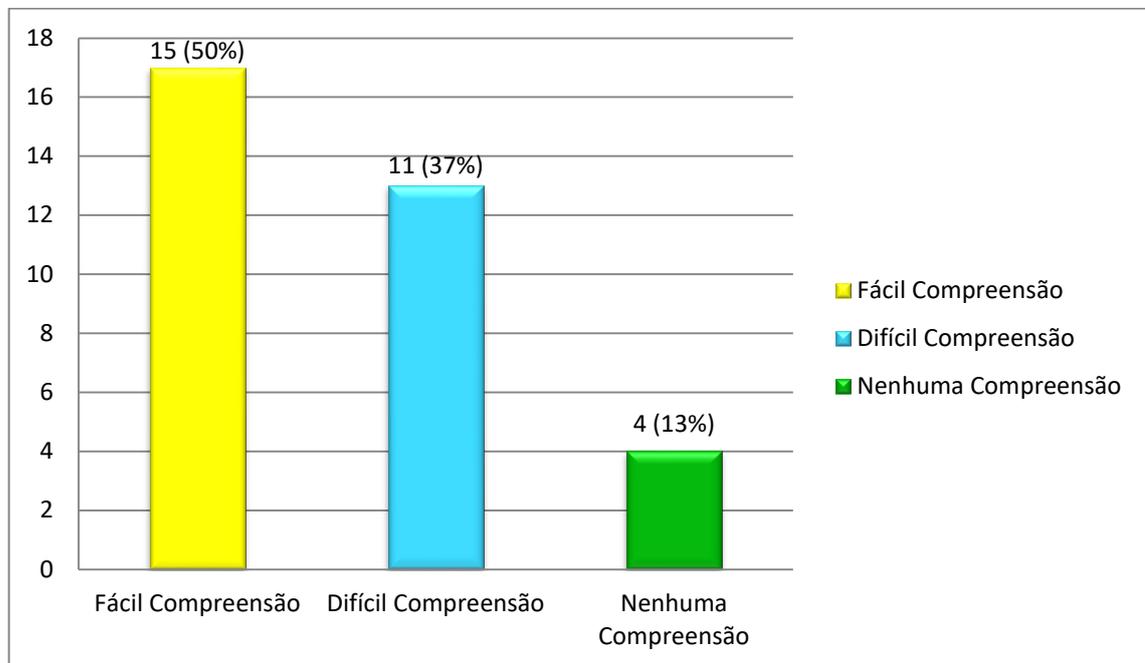
Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

A respeito da deficiência encontrada em relação à estrutura física do Centro de Saúde, 22 (73%) dos entrevistados afirmaram que é regular, 6 (20%) disseram que é boa a estrutura e apenas 2 (7%) a classificaram como ruim.

Segundo Brasil, (2008) Os espaços sugeridos no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população atendida e sua especificidade e ao número de usuários esperado. É necessário também viabilizar o acesso de estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde, na rotina de sua aprendizagem.

A Ambiência de uma Unidade Básica de Saúde significa o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada pelas tecnologias ali presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso. (BRASIL, 2008).

Gráfico 13 - Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com a Linguagem Utilizada pelos Profissionais Durante as Consultas. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.



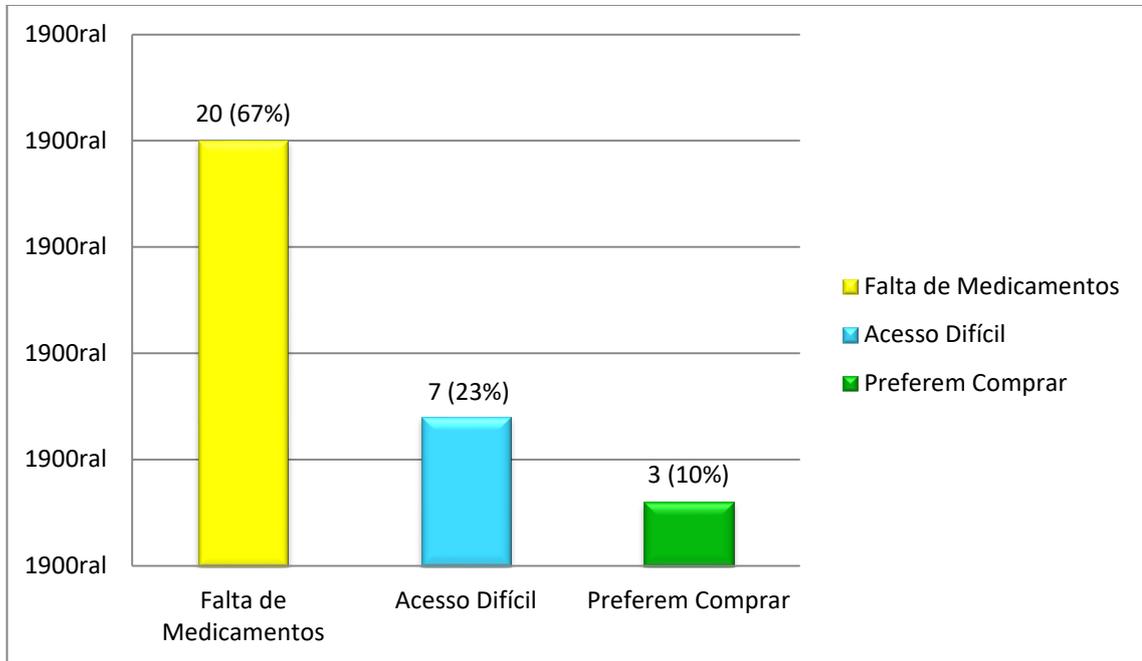
Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Ao analisar a linguagem dos profissionais frente ao atendimento com os pacientes no momento da consulta na Unidade, identificou-se que 15 (50%) dos participantes acham a linguagem de fácil compreensão, 11 (37%) difícil, e 4 (13%) dos pacientes não entendem a linguagem do profissional.

O objetivo esperado ao ir ao encontro de um profissional para se consultar é que se entenda a patologia, que seja esclarecido todas as dúvidas e que se tenha uma relação de confiança entre o profissional e o cliente. A linguagem utilizada pelo profissional é um fator bastante importante na promoção e prevenção da saúde, já que uma linguagem de fácil compreensão se torna fundamental para a adesão do paciente ao tratamento correto e para prevenção de complicações futuras.

A comunicação enfermeiro-paciente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos pacientes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros (STEFANELLI, 1993; ATKINSON; MURRAY, 1989).

Gráfico 14– Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com a Dificuldade Encontrada para receber Medicacões. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.



Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

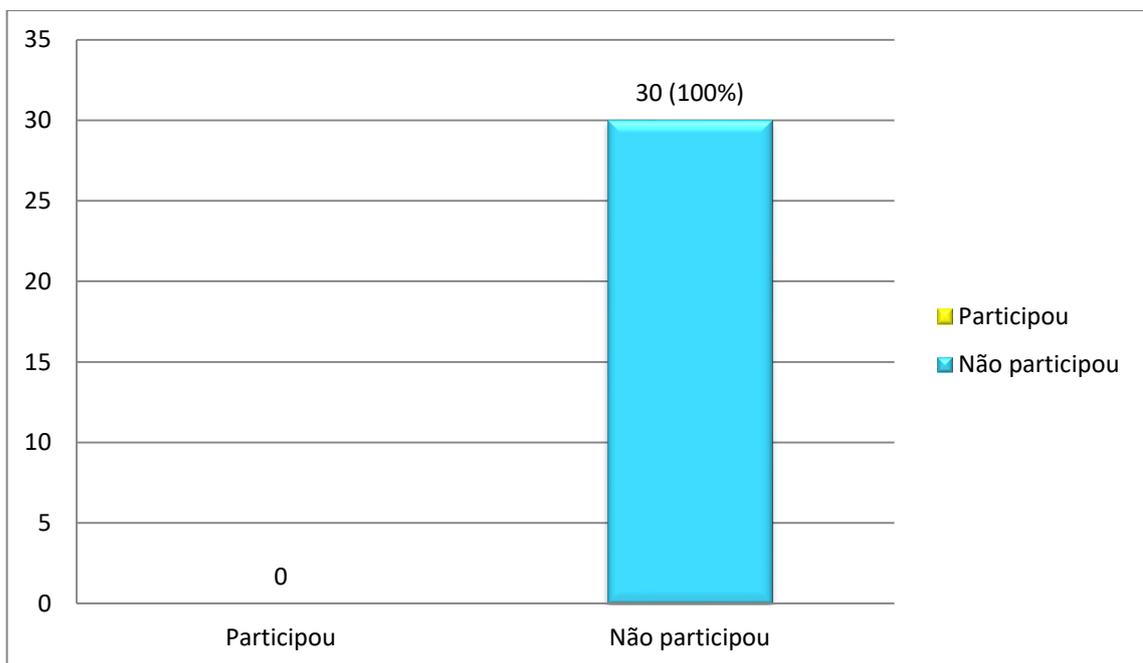
O gráfico 14 mostra que a falta de medicamentos foi o principal problema apontado pelos entrevistados como 20 (67%) e acesso difícil com 7 (23%) e os pacientes que preferem comprar a medicação e de apenas 3 (10%).

Estes informaram que muitas vezes não recebem a medicação prescrita pelo médico, nem na UBS onde são cadastrados ou mesmo em outros postos. Vale lembrar que a UBS recebe não somente os pacientes pertencentes à sua área de atuação, mas também atende pacientes de áreas adjacentes, o que esgota os recursos calculados para a população adstrita, cadastrada e acompanhada pelo serviço de saúde. Pois o cálculo do número de medicamentos fornecidos é realizado com base no número de cadastrados na unidade.

Para o cadastramento, acompanhamento, controle e garantia de recebimento dos medicamentos prescritos em médio prazo, foi criado pelo ministério da saúde o HIPERDIA no ano de 2002, um sistema informatizado e disponibilizado aos estados e municípios com o objetivo de ajudar na definição do perfil epidemiológico da população atendida na rede, o que facilitou o levantamento de dados nos município para a formulação eficaz de estratégias de controle que pudessem proporcionar um controle adequado das complicações resultantes da Hipertensão arterial e do *Diabetes melittus*. (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Assim, observa-se que as atividades planejadas pela unidade não são executadas de maneira satisfatória, pois pacientes que não são cadastrados e acompanhados por esta UBS utilizam de seus recursos devido à falta generalizada no município de medicamentos nas outras UBS que oferecem o programa, resultando sempre em número insuficiente de medicamentos para a população cadastrada.

Gráfico 15 - Distribuição Numérica e Percentual da população estudada de acordo com a Participação de Educação em Saúde para Hipertensos e Diabéticos. Centro de Saúde Toca da Raposa. São Mateus – MA. 2012.



Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Ao avaliar a participação nas atividades educativas todos os pacientes entrevistados 30 (100%), dos usuários cadastrados no Programa HIPERDIA, não participaram de palestras educativas.

Segundo Peres (2007) o paciente por muitas vezes pode-se cansar de viver com uma doença crônica e o uso do medicamento de certo modo intensifica a presença de uma enfermidade e por esta razão o usuário pode apresentar dificuldades de em aceitar o uso do contínuo dos medicamentos e até mesmo apresentam duvidas quanto aos horários e posologias. Assim a orientação e informações adequada, transmitida pelos profissionais de saúde tornam-se muito importante no processo saber e fazer.

Segundo Zaneteet al, (2007) ao elaborar um Programa de Educação deve-se considerar principalmente a satisfação do paciente nos temas abordados, pois é através deste que conseguimos motivar o pacientes portador de doenças crônicas a adequar-se a terapêutica,

seja ela medicamentosa ou preventiva e até mesmo incentivar ao auto cuidados e prevenções de complicações através da pratica de exercícius físicos, alimentação regular e controle da glicemia capilar e pressão arterial.

6 CONCLUSÃO

A intervenção no programa HIPERDIA caracterizou-se num processo avaliativo e complexo de aproximação da realidade a fim de conhecê-la e apreendê-la, não em sua totalidade, mas que o conhecimento obtido poderá subsidiar formas de intervenção na mesma. Os principais objetivos do programa HIPERDIA é permitir o monitoramento dos pacientes cadastrados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HAS e DM e gerar informações de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (BRASIL, 2001).

Sobre os pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes em comparação a literatura pesquisada. A amostra é composta em sua maioria por mulheres 18 (60%), aposentada e concentrada nas faixas etárias de 61 a 70 anos. Em relação à zona observa-se que à zona urbana prevaleceu, com 26 (87%), e a amostra caracterizada etnicamente, tendo uma maior prevalência em pacientes de etnia parda 14 (47%) e de etnia branca 9 (30%), no entanto obtivemos resultados diferentes das literaturas. De acordo ao grau de escolaridade dos usuários cadastrados, o maior percentual encontrado 15 (50%) é de pessoas que possuem o ensino fundamental incompleto, e em seguida o índice de analfabetismo 6 (20%) isso nos leva a entender que a falta de educação é um problema que atinge o individuo como um todo.

Um dos maiores problema detectado na pesquisa foi quando perguntamos em relação à frequência de consultas no mês, observa-se que a maior parte dos pacientes, resultando em 16 (53%) afirmam que comparecem a UBS a cada 2 meses para consulta com os profissionais. De acordo com o tempo da consulta que o Ministério da Saúde preconiza que cada paciente que faz acompanhamento no programa HIPERDIA tem livre acesso nas UBS para consultar e ou utilizar outros tipos de acompanhamento, pois é de suma importância que o mesmo faça pelo menos uma consulta mensal. Contudo identificamos que a maioria dos participantes 23 (77%) faz acompanhamento a mais de três anos.

A falta de medicamentos foi um dos principais problemas apontado pelos entrevistados como 20 (67%) sabe-se que o paciente portador de hipertensão e diabetes não pode deixar de tomar sua medicação diariamente. No que diz respeito à deficiência encontrada em relação à estrutura física da unidade de saúde, 22 (73%) dos entrevistados afirmaram que é regular, isso mostra a quantidade de pessoas insatisfeitas diante da prestação de serviço.

Na pesquisa podemos constatar ainda que o profissional enfermeiro desempenhe função importante para a população, pois seu atendimento na UBS predomina com 26 (87%)

como a classe que presta maior atendimento aos pacientes, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família, e da população em geral. Diante disso pode-se contatar que grande parte dos entrevistados sejam hipertensos 15 (50%), embora deva ter recebido algum tipo de orientação dos profissionais de saúde, supõe-se que as orientações oferecidas não foram efetivamente absorvidas ou compreendidas. Pois os dados indicam que apenas 12 (40%) dos pacientes entrevistados esclarecem suas dúvidas no momento da consulta, 11 (37%) não esclarecem as dúvidas, mas quando se fala em atividades educativas, houve na sua totalidade de 30 (100%) dos entrevistados que afirmam nunca terem participado destas atividades educativas. Com isso deduzimos que é importante orientar os pacientes não apenas no momento da consulta, devem-se ofertar diversas opções de esclarecimentos para os pacientes, sendo estas de forma clara, objetiva e de fácil compreensão.

No estudo foi possível observar os níveis de satisfação dos usuários e, da mesma forma, identificar os atributos que interferem nessa satisfação. Consideramos que os conhecimentos sozinhos não se traduzem em práticas saudáveis, são necessárias estratégias de educação em saúde voltadas a população geral ou que envolvam planejamento coletivo e individual. Sabe-se que as estratégias de educação em saúde, tais como palestras e reuniões são fundamentais para educar o usuário no sentido de que o tratamento se faz não somente por meio do medicamento, mas também de medidas relativas a mudanças no estilo de vida.

Assim, acredita-se ser necessário o desenvolvimento de ações para minimizar a falta de medicamentos na UBS, direcionado ao principal motivo de insatisfação levantado pelos usuários, além de realizar busca ativa destes pacientes para acompanhamento mais rigoroso, passando a frequentar mensalmente a UBS.

Enfim, por estas razões, espera-se que, o presente estudo, sirva como subsídio para ações relativas ao Programa Nacional de Atenção à Hipertensão e Diabetes de fato se cumpram, é imprescindível a elaboração de planejamento prévio, pautado nas particularidades e nos principais anseios da população em questão, lembrando-se que a satisfação expressa pelo usuário é um dos instrumentos mais úteis na orientação das medidas corretivas para prestação dos serviços de saúde com a formulação de estratégias e ações frente ao programa de HIPERDIA, do município de São Mateus – MA.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa referente à avaliação da qualidade do programa HIPERDIA, a partir da satisfação dos usuários cadastrados no programa, que teve como enfoque identificar críticas e sugestões frente à assistência prestada pelos profissionais de saúde aos usuários. Portanto ao considerar todas as sugestões pode-se elaborar um Plano Estratégico Situacional que enfoca a qualidade da assistência bem como fornece estrategicamente ações que irão favorecer a qualidade de atendimento a esse grupo em especial.

Através da análise dos dados pode-se observar a satisfação dos usuários quanto a assistência da unidade de saúde em vários aspectos, constituindo em um valioso *feedback* para a equipe de saúde para validar estratégias utilizadas no processo de trabalho. Foi identificada a insatisfação dos usuários somente nos aspectos do atendimento médico da farmácia, e na educação em Saúde o que nos indica que melhorias e capacitações voltadas à humanização do atendimento e educação em Saúde, precisam ser aplicadas a esses profissionais bem como solucionar problemas gerenciais, como o absenteísmo médico e a falta de medicamentos na farmácia popular.

Outras críticas foram identificadas, embasada e justificadas por problemas estruturais, sócio econômico e de gestão, como priorizar o atendimento do idoso, evitando que o mesmo necessite procurar a unidade durante a madrugada, visto que se trata de uma demanda programada, pois este idoso está cadastrado no Programa, substituir o profissional médico durante os períodos de licença, exigir ao profissional que realize visitas domiciliares aos pacientes acamados.

Embora os problemas sejam de enfoque na assistência médica, a equipe deve estar fomentada em práticas e estratégias para adequar a assistência as famílias e principalmente aos grupos de risco.

Outro aspecto importante identificado na pesquisa de opinião foi a falta de orientação da equipe de enfermagem aos usuários frente a administração de medicamentos. Indicado a necessidade de obter-se uma participação efetiva nos encontros e a importância da educação em saúde.

Contudo o Plano estratégico situacional elaborado é apenas uma proposta de gestão para a Estratégia de Saúde da Família, bem como pode ser aplicada a outras unidades com o mesmo perfil epidemiológico e social que encontra-se com as mesmas dificuldades assistenciais. Assim as ações e estratégias propostas nesse plano após executadas visam

solucionar os problemas identificados na pesquisa de opinião, bem como apresentar sugestões e propostas enfatizadas pelos usuários.

Desta forma através da participação da comunidade podemos avaliar e planejar alterações para melhorar a qualidade dos serviços. Assim o estudo da satisfação possibilita um enriquecimento das ações realizadas pela equipe de saúde da família frente ao programa HIPERDIA, proporcionando melhorias na qualidade da assistência.

Por estas razões, espera-se que, o presente estudo, sirva como subsídio para formulação de estratégias e ações frente ao programa de HIPERDIA, do município de São Mateus – MA, visto que os indicadores demonstram a necessidade de redução de casos, e que a detecção de novos casos ocorra em tempo oportuno e precoce impedindo a complicação desses e que os indivíduos acometidos pela doença não venham a sofrer com as complicações cardiovasculares, que constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, a HAS e diabetes representam um dos principais fatores de risco para o agravamento desse cenário, por estar relacionada ao surgimento de outras doenças crônicas não transmissíveis, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. B. A. et al. **Desigualdades Sociais na Prevalência de Doenças Crônicas no Brasil**, PNAD 2003. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus*. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL, Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus no Brasil**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL, Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2008.

_____. **Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**.(Cadernos de atenção Básica, 7) Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília, 2001. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf>Acessado em:28 de març. 2013.

_____. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b

_____. **Cadernos de Atenção Básica. 16**.(Série A. Normas e Manuais Técnicos)Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde Básica. Brasília – DF,2006. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>Acessado em: 26.mar.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**.(Série B. Textos básicos de saúde) Brasília, 2011. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf>Acessado em: 26 de març. 2013.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabete mellitus**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2002.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. **Participação em Saúde:** concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v.16, n.2, abr./jun. 2007.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HIPERDIA. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. São Paulo, v.53, n.1, p. 80-86, fev. 2009.

HARTZ, Z. M. A., org. **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 11. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico:** famílias e domicílios. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/familias/censo2000_familias.pdf>. Acesso em: 10.jun.2013.

LESSA, I. **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade:** epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo-Rio de Janeiro: HucitecAbrasco,1998.

LIMA, L. M.;SCHWARTZ, E.;MUNIZ, R. M.;ZILLMER, J. G. V.;LUDTKE, I. Perfil dos usuários do HIPERDIA de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):323-9.

LUCKESI, Cipriano. C. **Prática Docente e Avaliação.** Rio de Janeiro: ABT, 2011.

MIRANZI, S. de S. C. e *et al.* **Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes mellitus e Hipertensão Acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família.** *Texto Contexto Enferm*,Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>> Acessado em:4.abr.2013.

OLIVEIRAS, C. A. **O Sistema de Informação HIPERDIA em Guarapuava/PR, 2002-2004, Implantação e Qualidade das Informações:** 2005.108 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br>. Acessado em 01/11/2011.

PAIVA DCP, BERSUSA AAS, ESCUDER MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato. **ArqCiênc Saúde.**2007;14(2):88-94.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **RevBrasHipertens** 2004; 4: 123-59.

SILVA et. al. **Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde.** *Saúde e Sociedade*, v.15, n.3, p.180-189, jul. 2006.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ArqBrasCardiol.** 2006:1-48.

SYLVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: Planejamento Criativo. **Novos Desafios em Políticas de Saúde** (E. Gallo, F. J. U. Rivera & M. H. Machado, orgs.), pp. 195-210, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

VASCONCELLOS, Celso dos S. **Avaliação**: concepção dialética-libertadora do processo de avaliação escolar. São Paulo: Libertad, 2008.

ZANETTI ML, MENDES IAC. **Tendência do locus de controle de pessoas diabéticas**. Revista Esc Enfermagem USP 1993 agosto; 27 (2): 246-62.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CHECK LIST

1. QUAL A SUA OCUPAÇÃO/RAMO DE ATIVIDADE?

() Aposentado()Autônomo () Comerciante ()Outros

2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO:

Sexo: M () F ()

3. FAIXA ETÁRIA

() 21 a 30 anos () 41 a 50 anos () 61 a 70 anos
() 31 a 40 anos () 51 a 60 anos () Mais de 71 anos

4. ESCOLARIDADE :

() ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo
() ensino médio incompleto () ensino médio completo
() 3º grau incompleto () 3º grau completo
() Ignorado

5. RAÇA/COR:

() 1 Branca () 2 Preta () 3 Amarela () 4 Parda () 5 Indígena

6. ZONA:

() 1 Urbana:() 2 Rural () 3 Urbana/Rural

7. QUANTO TEMPO FAZ ACOMPANHAMENTO NO PROGRAMA HIPERDIA?

() Menos de 1 ano.
() De 1 a 2 anos.
() Mais de 3 anos

8. COM QUAL FREQUÊNCIA VOCÊ PROCURA O POSTO PARA SE CONSULTAR?

() A cada 15 dias
() Uma vez ao mês.
() A cada 2 meses.
() A cada problema aparecido.
() Nunca consultou.

9. POR QUAL PROFISSIONAL SENTE-SE MAIS ACOLHIDO AO CHEGAR À UBS?

() Téc. enfermagem () Enfermeiros
() Médicos () ACS

10. OS PROFISSIONAIS QUE LHES ATENDEM, SEMPRE ESCLARECEM AS DUVIDAS ENCONTRADO NO ATO DA CONSULTA?

() Esclarecem as duvidas.
() Não esclarecem as duvidas.
() Não souberam opinar.

11. QUAL A SUA PATOLOGIA (DOENÇA), QUE FAZ ACOMPANHAMENTO?

- () Hipertensão;
- () Hipertensão e Diabetes;
- () Diabetes.

12. QUAL SUA OPINIÃO SOBRE A ESTRUTURA FÍSICA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE?

- () Boa;
- () Regular;
- () Ruim.

13. O QUE VOCÊ ACHA DA LINGUAGEM UTILIZADA PELOS PROFISSIONAIS DURANTE AS CONSULTAS?

- () Fácil compreensão;
- () Difícil compreensão;
- () Nenhum.

14. QUAL AS DIFICULDADES QUE VOCÊ ENCONTRA PARA RECEBER AS MEDICAÇÕES?

- () Falta de medicamentos;
- () Acesso difícil;
- () Preferem comprar.

15. PARTICIPA OU PARTICIPOU DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE HIPERTENSÃO E DIABETES?

- () Sim
- () Não

FICHA CATALOGRÁFICA