

Avaliação da assistência a diabéticos e ou hipertensos em uma unidade de Atenção Primária à Saúde

Evaluation of the assistance to diabetics and/or hypertensives at a Primary Health Care Unit

Claudio Oliveira Souto¹
Claudia Delfim Silbermann²
Gerson Luiz Aita³
Luís Antônio Benvegnú⁴

Resumo

Este trabalho tem como objetivo geral realizar uma avaliação da assistência a hipertensos e/ou diabéticos em uma unidade de saúde de Atenção Primária à Saúde, levando-se em conta a importância das doenças crônicas não transmissíveis, sendo as doenças cardiovasculares como a primeira causa da mortalidade no Brasil – a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são os principais fatores de risco populacionais, potencialmente controláveis. Realizou-se estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa em uma população de 462 pacientes hipertensos e diabéticos, cadastrados na unidade de saúde da Planalto, Santa Rosa (RS), as informações coletadas se referem ao período de setembro de 2006 a setembro de 2007. Observamos que, de modo geral, a estrutura para atendimento, conforme recomenda o Ministério da Saúde, é adequada. Encontramos, na unidade de saúde, 431 hipertensos cadastrados, correspondendo a uma taxa de cobertura de 59,6% e 83 diabéticos, correspondendo a uma taxa de cobertura de 64,8%. A maior concentração dos cadastrados está entre a faixa de idade de 50 a 69 anos (56,9%). Constatamos que 87,4% dos cadastrados apresentava uma consulta ou mais com o médico de família e comunidade (MFC), 75,5% compareceram em dia a data de retorno de consulta, 52,2% de adesão ao tratamento, 16,7% eram tabagistas, 39,6% sedentários e 49,8%, obesos. O aumento do ventrículo esquerdo foi a complicação de maior frequência. Metformina, hidroclorotiazida e captopril não estão sendo oferecidos aos cadastrados de forma regular. A glibenclamida está sobrando no estoque. A estratificação de alto risco cardiovascular encontrada neste estudo corresponde a 23,1% por meio da estratégia britânica e 37,3% na americana, trazendo à tona a discussão do custo-benefício no tratamento com o uso das estatinas. Os pacientes em alto risco cardiovascular que se encontram com o colesterol LDL abaixo de 100mg/dl correspondem a 16,3% pela escola britânica e 12,3% pela americana, índices muito abaixo quando comparados aos estudos americanos. Constatamos que as taxas de colesterol estão elevadas e a obesidade é muito prevalente, necessitando avaliar como está se dando intervenção multiprofissional e a adesão e disponibilidade das estatinas. Destacamos, por fim, a importância da atualização constante dos cadastros nas consultas, o qual facilitou a coleta de dados.

Palavras-chave: Doença Crônica – prevenção e controle; Atenção Primária à Saúde; Estudos Transversais; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Key Words: *Chronic Disease - Prevention and Control; Primary Health Care; Cross-Sectional Studies; Diabetes Mellitus; Hypertension.*

¹Médico Residente em Medicina de Família e Comunidade R2, UNIJUÍ.

²Médica de Família e Comunidade – Preceptora da Residência, Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa.

³Médico Comunitário, Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa.

⁴Doutor em Epidemiologia, coordenador da residência, UNIJUÍ.

Abstract

This paper has the general objective to perform an evaluation of the assistance to hypertensives and/or diabetics at a health care unit of Primary Health Care, taking into account the importance of non-transmissible chronic diseases, being the cardiovascular diseases the first cause of mortality in Brazil - systemic arterial hypertension and diabetes mellitus are the main risk factors of the population, which are potentially controllable. A descriptive cross-sectional study was held, with a quantitative approach on a population of 462 hypertensive and diabetic patients, registered at the health unit of Planalto, Santa Rosa (RS); the pieces of information gathered refer to the period from September 2006 to September 2007. We noticed that, in general, structure toward care, as recommended by the Ministry of Health, is adequate. We found 431 hypertensive patients registered at the health unit, corresponding to a coverage rate of 59.6%, and 83 diabetic patients, corresponding to a coverage rate of 64.8%. The highest concentration of the registered individuals is between the age range of 50 to 69 years (56.9%). We confirmed that 87.4% of the registered patients presented one visit or more with the family and community physician (MFC); 75.5% attended on time to the date of return visit; 52.2% adhered to the treatment; 16.7% were smokers; 39.6% led a sedentary life and 49.8% were obese. The increase of the left ventricle was the most frequent complication. Metformin, hydrochlorothiazide and captopril are not being distributed to the registered patients on a regular basis. There is a lot of glibenclamide in stock. The cardiovascular high risk stratification found in this study corresponds to 23.1% by means of the British strategy and 37.3% of the American strategy, bringing to the surface the cost-benefit discussion in the treatment with the use of statins. The cardiovascular high-risk patients showing LDL cholesterol below 100 mg/dl correspond to 16.3% by the British school and 12.3% by the American school, rates which are very low when compared to the American studies. We noted that the cholesterol rates are high and obesity is quite prevailing; there must be an assessment as to how the multiprofessional intervention is taking place and the adhesion and availability of statins. Finally, we highlight the importance of constant updating of the registrations at the visits, which facilitated data collection.

1. Introdução

Ao longo dos dois últimos séculos, a revolução tecnológica e industrial, com consequências econômicas e sociais, resultou em uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população com grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares. A carga econômica das DCNT produz elevado custo para o sistema de saúde e a previdência social devido à mortalidade e invalidez precoce e, sobretudo, para a sociedade, famílias e pessoas portadoras dessas doenças. A principal causa de mortalidade no Brasil são as doenças cardiovasculares¹.

As doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002, equivalente a 267.496 mortes¹. A magnitude das doenças cardiovasculares como causa de óbito e morbidade tem suscitado estudos que relacionam certos fatores de risco: história familiar de 1º grau de doença arterial cardíaca em homens <55 anos e mulheres <65 anos, tabagismo, hipercolesterolemia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), obesidade, gordura abdominal e sedentarismo¹.

A HAS e a DM vêm tendo um aumento importante na sua incidência e prevalência, constituindo-se nos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual representam agravos de interesse em saúde pública. Portanto, as Unidades Básicas de Saúde, como porta de entrada para todo o sistema, devem garantir estratégias de prevenção, e atendimento aos cidadãos acometidos por essas patologias e suas complicações.

No Brasil, o estudo multicêntrico em nove capitais sobre prevalência de DM encontrou uma prevalência geral da doença de 7,6% em pessoas de 30 a 69 anos². Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de HAS (=140/90 mmHg) de 22,3% a 43,9%, no Rio Grande do Sul, 33,7%³. Com base nisso, o protocolo de HAS do nosso serviço de saúde estimou a prevalência de 30% e o do DM em 7,6%.

Para que possamos saber a qualidade do serviço prestado, a temática da avaliação ganha relevância, por um lado associada à necessidade de intervenções capazes de modificar o quadro sanitário e, por outro, diante das dificuldades enfrentadas para alterarem os indicadores de morbi-mortalidade¹.

Assim, este trabalho discute a prática, desenvolvendo a avaliação de um serviço em Atenção Primária à Saúde a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. A ESTRUTURA: recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica, incluindo financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada. O PROCESSO: atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. O RESULTADO: produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas².

Este trabalho tem o objetivo de avaliar o serviço prestado aos pacientes cadastrados com HAS e DM em um posto de saúde de Atenção Primária em Saúde na cidade de Santa Rosa (RS) no período de 09/2006 a 09/2007.

2. Métodos

Realizamos um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa nos 462 pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados no Posto de Saúde do Distrito Sanitário de Planalto em Santa Rosa (RS), no período de setembro de 2006 a setembro de 2007. A população adscrita é de 4.720 habitantes, sendo 2.121 acima de 30 anos de idade e 3.015 acima de 20 anos. Para efeito de planejamento das ações em saúde, estima-se que 80% da população desta área seja usuária do sistema público de saúde, enquanto 20% seriam atendidas por planos de saúde.

Por meio de uma ficha pré-elaborada, coletamos os dados dos prontuários juntamente com os respectivos cadastros de DM e HAS na Unidade de Saúde. Na rotina do serviço, o prontuário sempre deve estar acompanhado do cadastro na consulta. Nele são registrados e atualizados,

a cada consulta, várias informações pessoais e clínicas como: endereço, tabagismo, sedentarismo, IMC, adesão ao tratamento, complicações, valores do perfil lipídico, prescrição de medicamentos e a data de retorno. O trabalho de coleta de dados foi realizado por dois médicos da rede pública, que foram digitados por um profissional da informática usando o programa EPI Info. Este trabalho foi encaminhado para a comissão científica da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa.

Para avaliação da ESTRUTURA do serviço, foi elaborado um questionário com três colunas: uma coluna dispendo a relação dos equipamentos e materiais conforme preconiza o Ministério da Saúde e os recursos humanos (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e nutricionista) que constituem a equipe de saúde da família; as outras duas colunas referem-se aos itens existentes e aos necessários, e foram respondidas em discussão com a equipe de saúde.

Para avaliação do PROCESSO: analisamos o acesso ao serviço por meio do número de consultas por paciente realizadas pelo MFC, a taxa de cobertura de HAS e DM no distrito sanitário da Planalto, adesão ao tratamento medicamentoso e a disponibilização dos medicamentos necessários aos pacientes cadastrados.

Para análise da oferta dos medicamentos aos pacientes cadastrados, foram levantados na prescrição do cadastro, a quantidade usada de metformina e glibenclamida no Diabetes Mellitus e para a Hipertensão Arterial Sistêmica, a hidroclorotiazida e o captopril, no período de setembro/2006 a setembro/2007. O valor encontrado foi diminuído da quantidade de medicamentos recebidos no Posto de Saúde, o qual foi obtido do "relatório de estoque" (documento informatizado de recebimento mensal de todos os medicamentos da lista básica).

Foram considerados como hipertensos todos os indivíduos maiores de 18 anos com níveis tensionais iguais ou superiores a 140/90, (em pelo menos três medidas) e diabéticos, os indivíduos com duas medidas de glicemia de jejum > 126 mg/dL, em momentos diferentes³.

Neste estudo foi considerada a Tolerância à Glicose Diminuída (TGD), quando dois exames, em momentos

diferentes, apresentam a glicemia de jejum < 126 mg/dL e o teste TGD, 75 g (glicemia de duas horas) > 140 mg/dL. A Glicemia de Jejum Alterada (GJA) é diagnosticada quando dois exames em momentos diferentes de glicemia de jejum encontram-se entre 100-110 mg/dL⁵.

Para a avaliação dos RESULTADOS da assistência, foram analisados: o Índice de Massa Corporal (IMC) e as metas das taxas de colesterol LDL (esta variável foi associada com a classificação do grau de risco cardiovascular global). Usamos para o grau de risco cardiovascular duas estratégias de estratificação de risco cardiovascular, as tabelas conhecidas como Joint British Societies Coronary Risk Prediction Charts⁵ e o escore de risco de Framingham¹.

O IMC foi estimado pela relação entre o peso e a estatura, e expresso kg/m^2 . Classificamos em intervalo normal: 18,5 a 24,9; sobrepeso: 25,0 a 29,9; obeso classe I: 30,0 a 34,9; obeso classe II: 35,0 a 39,9; obeso classe III: $>40,0$ ⁵.

Estratificação de risco e metas lipídicas de tratamento para a aterosclerose: consideramos pacientes de baixo risco aqueles com risco absoluto de eventos de doença arterial coronariana era menor que 10% em 10 anos. Para esse grupo, a meta do colesterol LDL a ser atingida deve ser < 130 mg/dl, entretanto, tolera-se colesterol LDL até 160 mg/dl. Pacientes de médio risco, são aqueles com risco absoluto de eventos era maior de 10%, porém, menor que 20%. Para esse grupo, a meta do colesterol LDL a ser atingida deve ser < 130 mg/dl. Para alto risco de eventos de doença arterial coronariana $> 20\%$ em 10 anos, a meta do colesterol LDL deve ser < 100 mg/dl⁶.

Na estratificação de risco, embora não exista consenso no escore a ser utilizado, o Ministério da Saúde recomenda o modelo de Framingham¹. Utilizamos esse modelo e comparamos com as tabelas Joint British Societies Coronary Risk Prediction Charts associado a experiências dos autores Duncan et al⁵. A diferença importante entre as duas escolas está no ponto de corte a qual consideram a classificação do grau de risco. Enquanto as tabelas britânicas classificam os indivíduos em risco baixo ($< 1,5$ %/ano), moderado (de 1,5 a 3%/ano) e alto (> 3 %/ano), o modelo

de Framingham usa baixo risco (< 1 %/ano), moderado (de 1% a 2%/ano) e alto (> 2 %/ano). O Ministério da Saúde e os autores Duncan et al, consideram alto risco os seguintes achados clínicos: infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório prévio, doença aneurismática da aorta, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica, angina do peito, doença renal crônica e hipertrofia do ventrículo esquerdo e nefropatia clínica.

3. Resultados

Foram examinados 462 prontuários de pacientes hipertensos e diabéticos, com os respectivos cadastros.

Na tabela I, o questionário aponta a necessidade de revisão da prática de aferição da pressão arterial, melhor local de estocagem para insulina, aquisição de maior quantidade de monofilamentos de nylon 10g, a falta de diapasão, de agulhas e de esfignomanômetro de coluna de mercúrio. Há necessidade de mais um médico, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem.

Na tabela II, considerando que 80% da população adscrita da Unidade de Saúde de Planalto são usuários do SUS, a prevalência esperada é de 723 hipertensos e 128 diabéticos. O número e a taxa de cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde são, respectivamente, de 431 (59,6%) e 83 (64,8%). Do total dos cadastrados, 62,8% são do sexo feminino e 37,2% masculino. A média de idade foi de $58 \pm 13,2$, 88 pessoas (19,3%) tinham mais de 70 anos. A maior concentração dos cadastrados está na faixa entre 50 e 69 anos (56,9%).

Na tabela II, encontramos 87,5% com uma consulta ou mais com o MFC para hipertensos e de três consultas ou mais para 60% dos diabéticos. Dos que consultaram, 75,5% compareceram dentro do prazo para retorno. Tivemos 52,2% de adesão ao tratamento medicamentoso.

Na tabela III, observamos 16,7% de tabagismo, 39,6% de sedentarismo e 49,8% de obesidade. O aumento do ventrículo esquerdo foi a complicação de maior frequência, seguido pela nefropatia clínica e angina pectoris.

Tabela I. Questionário à equipe de saúde sobre a estrutura para a assistência aos diabéticos e hipertensos, no Posto de Saúde da Planalto de Santa Rosa (RS), set./2006 a set./2007.

Recursos Humanos e Material	Necessário	Existente
Glicosímetro	01	01
Fitas de Glicosímetro	100 fitas	100 fitas
Seringas e Agulhas	Seringas e agulhas	Agulhas insuficientes
Local de armazenamento de insulina	Geladeira	*
Monofilamento de nylon 10g	09	02
Diapasão de 128 hz	01	00
Balança	02	02
**Oftalmoscópio		
Esfignomanômetro de mercúrio	01	00
Esfignomanômetro aneróides	02	03
Estetoscópio adulto (5)	04	04
Fita métrica	03	03
Treinamento de aferição da pressão arterial	Teoria e prática	Teoria
Treinamento de Diabetes Mellitus	01	01
Médico	02	01
Enfermeira	02	01
Auxiliar de Enfermagem	04	03
Nutricionista	01	01

Comentários: discutiu-se a necessidade de repensar o número da população adscrita de cada distrito, para fazer frente às necessidades de mais profissionais. / * A geladeira existente está sendo usado para outras finalidades. ** Os pacientes são referenciados aos oftalmologistas.

Tabela II. Outras condições dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Posto de Saúde da Planalto - Santa Rosa (RS), set. 2006 a set 2007.

Condição	n	Frequência	%
Sexo			
Feminino	462	290	62,8
Masculino		172	37,2
Idade			
Até 50 anos		110	23,9
De 50 a 59 anos	462	140	30,2
De 60 a 69 anos		123	26,7
71 anos ou mais		89	19,3
Consultas - MFC			
HAS - 1 consulta ou mais	431	377	87,5
DM - 3 consultas ou mais		50	60,2
Retorno da consulta			
Não faltosos	436	329	75,5
Faltosos		107	24,5
Adesão ao tratamento			
Adesão ao tratamento	462	241	52,2
Não adesão		104	22,5
Sem informação no prontuário		117	25,3

Tabela III. Diagnóstico e outras condições clínicas dos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde da Planalto – Santa Rosa (RS), set./2006 a set./2007.

Diagnóstico e outras condições	n	Frequência	%
Diagnóstico			
HAS		431	94,5
DM	*	83	18,2
TGD		9	2,0
GJA		1	0,7
Tabagismo			
Tabagista		77	16,7
Não tabagista	462	326	70,6
Sem informação no prontuário		59	12,8
Sedentarismo			
Sedentários		182	39,6
Não sedentários	460	140	30,4
Sem informação no prontuário		138	30,0
Índice de Massa Corporal			
Normal		70	16,0
Sobrepeso		150	34,2
Obeso classe I	438	147	33,6
Obeso classe II		41	9,4
Obeso classe III		30	6,8

* A mesma pessoa poderia apresentar mais de uma patologia.

Tabela IV. Medicamentos existentes e os necessários para os hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde Planalto, Santa Rosa (RS), set. 2006 a set. 2007.

Medicamentos	Existente (cp)	Necessário (cp)	Total (cp)
Captopril	260.940	443.190	(-) 182.250
Hidroclorotiazida	48.100	81.370	(-) 33.270
Metformina	23.500	51.745	(-) 28.245
Glibenclamida	21.650	464	(-) 21.186

cp=comprimidos

Tabela V. Valores do colesterol LDL (mg/dl) em relação ao grau de risco pelos escores de Framingham, (n=373) dos hipertensos e diabéticos - Unidade de Saúde de Planalto (RS), set. 2006 a set. 2007.

Colesterol LDL	Baixo risco		Médio risco		Alto risco	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Até 100	39	27,5	13	14,1	18	12,9
De 100 - 129	47	33,1	21	22,8	39	28,1
De 130 - 159	34	23,9	25	27,2	26	18,7
> 160	22	15,5	33	35,9	56	40,3
Total	142	38,1	92	24,7	139	37,3

Tabela VI. Valores do colesterol LDL (mg/dl) em relação ao grau de risco pelas tabelas Joint British Societies Coronary Risk Prediction Charts (n=372), dos hipertensos e diabéticos, Posto de Saúde de Planalto (RS), set. 2006 a set. 2007.

Colesterol LDL	Baixo risco		Médio risco		Alto risco	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Até 100	43	21,8	12	13,5	14	16,3
De 100 - 129	65	33,0	23	25,8	19	22,1
De 130 - 159	44	22,3	27	30,3	14	16,3
> 160	45	22,8	27	30,3	39	35,1
Total	197	53,0	89	23,9	86	23,1

Na Tabela IV, dos quatro medicamentos pesquisados, a metformina, hidroclorotiazida e o captopril não estão sendo oferecidos à população cadastrada de forma regular. O captopril falta cinco vezes mais do que os outros, enquanto a glibenclamida está sobrando no estoque.

Nas tabelas V e VI, constatamos a diferença da classificação do alto risco cardiovascular para os pacientes cadastrados entre as escolas britânica e americana, sendo 23,1% e 37,3%, respectivamente, correspondendo a 53 pacientes. Dos pacientes em alto risco cardiovascular com os escores de risco pela escola britânica e americana 16,3% e 12,3%, respectivamente, encontram-se com o colesterol LDL abaixo de 100mg/dl.

4. Discussão

Na avaliação da estrutura, constatamos a necessidade de mais um médico, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem. Nos comentários da equipe, como alternativa ao que foi constatado anteriormente, sugere-se ainda uma discussão nacional abordando a adequação de população adscrita nos Distritos Sanitários da Estratégia Saúde da Família, para que o cuidado oferecido nos serviços possa sempre manter-se com boa qualidade em relação aos recursos humanos necessários. É preciso que seja estabelecida uma rotina para aferição dos equipamentos, como o esfigmomanômetro. Observamos a falta de alguns materiais, mas, de forma geral, a estrutura está adequada.

Na avaliação do processo, o que importa realmente é feito ao se dar e receber cuidados. Isso inclui as formas como os pacientes procuram e utilizam recursos de saúde, assim como de que maneira os profissionais diagnosticam, recomendam ou implementam o tratamento²⁴. Conforme segue, discorreremos das várias variáveis que compõem o processo.

O fato de existirem pacientes com o diagnóstico de Tolerância à Glicose Diminuída e à Glicemia de Jejum Alterada, denota um bom processo de rastreamento para o diagnóstico do DM, pois potencializa a prevenção nos indivíduos com maior probabilidade de desenvolver diabetes mellitus.

A taxa de cobertura de 59,6% para HAS, e de 64,8% para DM, mostra uma boa cobertura, pois, estima-se que cerca de 50% dos casos de diabetes tipo 2 permanecem não diagnosticados⁵. Quanto à HAS, estudo brasileiro revelou que em indivíduos adultos, apenas 50,8% sabiam ser hipertensos³.

Nesse estudo, foi considerado como meta para hipertensos uma consulta médica/ano e para os diabéticos três consultas médicas/ano. Encontramos uma quantidade de consultas muito boa para hipertensos e boa para diabéticos. Em comparação ao trabalho anterior na mesma população⁷, a concentração de uma consulta ou mais/ano nos cadastrados passou de 63,4% para 87,5%. Dos que consultaram, 75,5% compareceram ao retorno das consultas dentro do prazo, o que foi por nós considerado

um bom índice.

Também encontramos nesse estudo 52,2% de taxa de adesão ao tratamento medicamentoso, mostrando índices quase idênticos quando comparado com pesquisa de 51% de baixa adesão em países como Estados Unidos⁸. Mostra-se um pouco melhor quando comparado à baixa adesão de 43% na China. Em uma amostra de hipertensos e diabéticos acompanhados em uma unidade de saúde no município de Francisco Morato (SP), observaram 54,7% de discordância da prescrição dos medicamentos em uso referido pelo paciente com os registros nos prontuários⁹.

Quanto à avaliação do resultado, no Brasil a prevalência do tabagismo na população em geral acima de 15 anos de idade é de 28,1%, e para o sedentarismo é de 40% (com menos escolaridade) e 28% (com mais escolaridade)¹⁰. Em nosso trabalho, observamos que as taxas de sedentarismo são as mesmas que a população em geral, entretanto, as taxas para o tabagismo são mais baixas. Quanto à obesidade, as taxas se mantêm as mesmas quando comparadas ao trabalho anterior do mesmo autor⁷.

Quanto às complicações, ressaltamos a importância da detecção de nefropatia clínica e incipiente. No nosso serviço, é rotina a solicitação de exames complementares para prevenção das complicações de diabéticos e hipertensos para a adequada intervenção.

Nesse trabalho, mostra-se a diferença da estratégia britânica e americana para a estratificação de alto risco cardiovascular dos cadastrados de 23,1% e 37,3% respectivamente, trazendo à tona a discussão do custo-benefício – certamente isso interfere no custo do tratamento com o uso das estatínas. O Ministério da Saúde orienta o uso dos escores de risco de Framingham¹. Os pacientes em alto risco cardiovascular que se encontram com o colesterol LDL abaixo de 100mg/dl correspondem a 16,3% pela escola britânica e a 12,3 % pela americana, índices muito inferiores, quando comparados ao estudo multicêntrico The Lipid Treatment Assessment Project (L-TAP), realizado em cinco regiões dos Estados Unidos, que avaliou 4.888 pacientes em uso de terapêutica hipolipemiante há, no mínimo, três meses. Desses, 77% eram de alto risco para

futuros eventos cardiovasculares. A despeito de esse estudo ter sido realizado numa população com condições socioeconômicas superiores à nossa, somente 37% dos indivíduos de alto risco apresentavam o colesterol LDL < 100 mg/dl. Allison e cols. apresentaram resultados semelhantes, 39% dos pacientes de alto risco atingiram a meta do controle do colesterol LDL, após orientações higienodietéticas e, se necessário, o emprego de fármacos hipolipemiantes. Nesse estudo, a terapêutica farmacológica foi o fator independente mais importante para atingir a meta do colesterol LDL < 100 mg/dl¹¹.

Está bem demonstrado que os níveis plasmáticos de colesterol, principalmente o colesterol LDL, sua fração mais aterogênica, constituem importantes fatores preditivos do risco de doença arterial coronariana (DAC)¹¹. O manejo dos níveis elevados de colesterol tornou-se um pilar básico da cardiologia preventiva.

Todos os pacientes com dislipidemia isolada e aqueles com risco cardiovascular aumentado devem ser orientados para a instituição de medidas não farmacológicas relacionadas à mudança do estilo de vida (MEV). O tratamento farmacológico deve ser iniciado naqueles de risco baixo (seis meses após) ou intermediário (três meses após) que não atingirem as metas lipídicas após medidas não farmacológicas. Nos indivíduos de alto risco, tais medidas e o tratamento com hipolipemiantes devem ser iniciados simultaneamente⁸.

5. Conclusão

A prevenção e o controle da hipertensão arterial e do diabetes devem ser ações prioritárias na Atenção Primária à Saúde, ao lado da atenção materno-infantil. Ainda, de certa forma, existe uma preocupação em aumentar a cobertura dos serviços sobre a preocupação com o resultado.

Observamos no trabalho uma boa estrutura de materiais disponíveis para atendimento de diabéticos e hipertensos, existindo uma deficiência dos medicamentos ofertados, principalmente do captopril.

Constatou-se a necessidade de mais um médico,

uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem. Em contradição, existe uma boa concentração de consultas pelo MFC, o que poderia mostrar dúvida quanto à falta de recursos constatada pela equipe de saúde. Ocorre que a equipe de saúde atende a vários outros programas que, certamente, demandam bastante trabalho. Outra característica no atendimento de hipertensos e diabéticos é a complexidade das várias intervenções necessárias na assistência ao mesmo, vide a quantidade de variáveis aqui expostas.

Constatamos que as taxas de colesterol e obesidade estão bastante alteradas, necessitando reavaliar como está a adesão ao uso e a disponibilidade das estatinas e a intervenção multiprofissional.

Organizada a estrutura e definida a prioridade do programa de hipertensos e diabéticos, fica a necessidade da avaliação periódica dessa assistência, fundamental no planejamento dos programas, que, com isso, potencializará o grau de intervenção da equipe de pensar e agir o cotidiano, buscando a qualidade do serviço. Está em andamento um programa informatizado para coleta e processamento de dados dos hipertensos e diabéticos cadastrados, desenvolvido pelo Ministério da Saúde – o “HIPERDIA” –, o qual disponibilizará informações da situação dos cuidados em saúde.

“O fundamental não é o vocabulário de avaliação, nem as diversas metodologias, mas o compromisso do sistema de saúde de buscar, de forma permanente, aperfeiçoar sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico como na perspectiva mais ampla da saúde pública. Tal busca precisa estar calcada não somente na luta política para a devida priorização da saúde e na análise das necessidades da população, como também na análise da atuação cotidiana do sistema hoje existente frente a essas necessidades”⁴.

O estudo permitiu avaliar a assistência em um serviço de Atenção Primária à Saúde, isso foi possível pela importância dos cadastros de HAS e DM, que acompanham todas as consultas do MFC, servindo de guia para as intervenções na consulta. Os vários dados necessários

à produção deste trabalho foram retirados do cadastro. Os dados são atualizados periodicamente na consulta, facilitando futuras pesquisas, potencializando a avaliação do serviço em busca da qualidade.

6. Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Caderno de Atenção Básica. 2006; (14).
2. Araújo RB, Santos I, Cavaleti MA, Costa JSD, Béria JU. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Revista de Saúde Pública*. 1999; 33 (1): 24-32.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras e hipertensão arterial. São Paulo: [s.n.]; 2006.
4. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar. Projeto Saúde e Cidadania. Manual para gestores municipais de serviço de saúde. Disponível em < http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/index.html >. Acessado em abril de 2008.
5. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, colaboradores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências, 3. ed. São Paulo: Artmed; 2006. p. 608-609, 622, 670.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2001; 77(supl. III).
7. 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2006, São Paulo. Avaliação do cadastro de pacientes com doenças crônico-degenerativas em atenção primária. São Paulo: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2006.
8. Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise de evidências. Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2004. Disponível em: < http://www.sbh.org.br/hipertensao/2004_N3_V7/N%2003%20V7%2a2004%20

Revista%20\hipertensão%20-20www-sbh-org-br.pdf>.

Acesso em: abr. 2008.

9. 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, São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2006; fev. 22(2):377-385.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. A Vigilância, o controle e a Prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. 2005. Disponível em <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/DCNT.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2008.

11. Vacanti LJ, Santos SCM, Fujita AM, Lima DS, Lopes AF, Vetorazi R, Sella A, Scarin NR. A baixa taxa de obtenção da meta do LDL-colesterol numa população de baixa renda. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. 2005; set. 85(3).

Nota: artigo apresentado na Residência Médica em MFC. Convênio entre a Prefeitura Municipal de Santa Rosa - Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa e UNIJUÍ - Universidade Regional.

Endereço para correspondência:

Rua Princesa Isabel, 1.479.

Santa Rosa - RS

(55) 35124956 e (55) 81353575

Endereço eletrônico:

clasouto@yahoo.com.br