

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



***“Caracterização dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em serviço de urgência e emergência no município de Dourados - MS”***

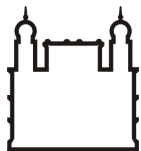
*por*

*Solange Glória de Oliveira*

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. José Fernando de Souza Verani*

*Campo Grande, setembro de 2010.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



*Esta dissertação, intitulada*

***“Caracterização dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em serviço de urgência e emergência no município de Dourados - MS”***

*apresentada por*

***Solange Glória de Oliveira***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Rita Barbieri

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria Saraceni

Prof. Dr. José Fernando de Souza Verani – Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 29 de setembro de 2010.*

## **Lista de Siglas e abreviaturas**

**ADA:** Associação Americana de Diabetes

**APS:** Atenção Primária a Saúde

**CFM:** Conselho Federal de Medicina

**DNCT:** Doença Crônica não transmissível

**DM:** Diabetes Mellitus

**ESF:** Estratégia da Saúde da Familiar

**HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica

**HIPERDIA:** Hipertensão e Diabetes

**IMC:** Índice de Massa Corporal

**MMII:** Membros Inferiores

**MS:** Ministério da Saúde

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**PA:** Pressão Arterial

**PACS:** Programa do Agente Comunitário de Saúde

**PAM:** Pronto Atendimento Médico

**SBD:** Sociedade Brasileira de Diabetes

**SIH:** Sistema de Informações Hospitalares

**SISHIPERDIA:** Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - MS

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Página

Dedicatória

Agradecimentos

Resumo .....

Abstract .....

1. Introdução .....	01
1.1 A transição no perfil epidemiológico no Brasil .....	02
1.2 A assistência de urgência e emergência e a mudança do perfil epidemiológico .....	06
1.3 Diabetes Mellitus.....	11
1.4 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	12
2. Justificativa .....	15
3. Objetivos.....	16
4. Material e Método .....	17
4.1. Amostra .....	19
4.2. Aspectos éticos .....	19
5. Resultados .....	20
6. Discussão .....	25
7. Considerações Finais .....	28
8. Referências .....	30
Anexo I .....	33
Anexo II .....	34

## Lista de Tabelas

	Página
Tabela 1. Distribuição dos pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos entrevistados no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Vida, Dourados 2010. ....	20
Tabela 2. Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes entrevistados no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Vida, Dourados 2010 .....	21
Tabela 3. Conhecimento e utilização da Unidade Básica de Saúde próxima do domicílio dos pacientes entrevistados no Serviço de Urgência e Emergência Hospital da Vida, Dourados 2010 .....	22
Tabela 4. Utilização do serviço de Urgência e Emergência e queixa principal no momento da admissão dos pacientes entrevistados, Hospital da Vida, Dourados 2010 .....	23
Tabela 5. Distribuição dos pacientes Diabéticos e/ou Hipertensos acompanhados segundo o tipo de acompanhamento que fazem na UBS, Dourados 2010 .....	24

Aos meus filhos Matheus e Marcos Vinicius e meu esposo Zilmar pela compreensão nos momentos de ausência e pelo carinho que sempre me dispensaram nos momentos de dificuldades.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, onde encontro forças para enfrentar os desafios de cada dia.

Aos colegas da Secretária de Estado de Saúde pelo apoio e incentivo recebidos, em especial aos colegas Elizabete, Eloni e João pela inestimável ajuda durante a construção desse estudo.

Aos gestores e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Dourados, Diretores e Funcionários do Hospital da Vida de Dourados-MS pela contribuição durante o desenvolvimento dessa pesquisa.

A acadêmica de Enfermagem da UEMS Larissa.

À Coordenadoria e Direção da Escola de Saúde Pública Jorge David Nasser da SES/MS pelo apoio dado aos alunos durante o curso.

Aos colegas do Mestrado pela união nos momentos difíceis para vencer as etapas do curso e pela amizade que ficou ao fim.

Aos Professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fundação Oswaldo Cruz pela dedicação com que nos conduziram durante o aprendizado.

À Professora Silvana Granado pela dedicação e responsabilidade na condução do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde

Em especial à Professora Dra. Inês E. Mattos que por acreditar em mim, fez com que eu tivesse buscado forças para conseguir chegar ao fim.

Às Professoras Dra. Ana Rita Barbieri e Valéria Saraceni pelo aceite da banca e por ter contribuído de para o enriquecimento dessa dissertação.

Ao meu orientador Professor Dr. José Fernando de Souza Verani que mesmo de longe soube me conduzir com muita dedicação, profissionalismo e acima tudo pela amizade que ficou.



## RESUMO

**Introdução:** A transição demográfica teve impacto na transição epidemiológica, reduzindo a morbidade e mortalidade por doenças infecciosas fazendo emergir um grupo importante, o das doenças crônicas não transmissíveis, sendo que desse grupo a hipertensão e diabetes constituem um problema grave de saúde pública mundial, onde os profissionais de saúde da rede básica têm grande importância nas estratégias de controle desses agravos, buscando a implementação de modelos de atenção individuais e coletivos, que motivem o paciente a não abandonar o tratamento, reduzindo complicações e a carga de morbi-mortalidade desses agravos e a busca por serviços de urgência e emergência para solução rápida dessas complicações. O estudo do perfil desses agravos no município de Dourados contribuirá para a reorganização da rede de atenção local.

**Objetivo:** Caracterizar, segundo o perfil sócio-demográfico e epidemiológico, os pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos atendidos no Serviço de Urgência e Emergência do SUS no Município de Dourados (MS), no período de abril a julho de 2010.

**Material/Métodos:** Trata-se de estudo transversal, descritivo, realizado com dados primários coletados por meio de entrevistas aplicadas aos usuários do SUS que buscaram atendimentos de urgências e emergências no Hospital da Vida no município de Dourados-MS. Foram selecionados usuários admitidos com diagnóstico de Hipertensão e/ou Diabetes, com 20 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes ou não no município e feita uma amostragem por conveniência, de 200 pacientes. Além das variáveis socioeconômicas e demográficas, outras foram pesquisadas como: motivo da procura, utilização anterior do serviço de urgência e emergência, cadastro em programa de hipertensão e/ou diabetes, acompanhamento da doença na UBS, data da última consulta, tratamento medicamentoso, seguimento de dieta, visita da ESF e PACS e prática de atividade física,

**Resultados:** Dos entrevistados 94,5% eram hipertensos, maior frequência do sexo feminino (57%), a faixa etária prevalente foi de 60 a 70 (59,5%), classe econômica baixa, grande percentual de analfabetos (32,5%), predominância da raça parda e negra (68%) e um percentual significativo de viúvos (33,5%). As demais variáveis mostraram que 96% conheciam UBS próximo ao domicílio, 93% informaram receber visita da ESF ou PACS, porém só 57% fazem acompanhamento da doença. Quase metade dos entrevistados (48,5%) já procurou o serviço de urgência e emergência anteriormente no último ano e 66,5% não procuraram a UBS ou PAM antes de ir ao serviço. O motivo pela procura mais prevalente foi PA elevada com PA e Glicemia elevada (42,9%). Dos 114 pacientes que relataram fazer acompanhamento, 112 estão inscritos no programa, pouco mais da metade relatou seguir dieta (55,3%), já na prática de atividade física somente 23% pratica regularmente. A maioria dos pacientes que passaram pelo serviço de urgência e emergência relatou ter passado por consulta há um mês (71,1%)

**Conclusão:** os pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos entrevistados no serviço de urgência e emergência de Dourados são: a maioria Hipertensos, idosos, do sexo feminino, situação econômica baixa, pouca escolaridade, pardos e negros, com predominância de casados e viúvos. Apesar do alto percentual de pacientes que tem UBS próximo ao domicílio, receberem visita das ESF ou PACS, muitos ainda não estão em acompanhamento da doença e os que já o fazem, continua procurando o

serviço de urgência e emergência para resolver os problemas das complicações da doença. É necessária avaliar a assistência ofertada no município para esses grupos de doentes e adotar medidas necessárias para incentivar a adesão do tratamento para aqueles que ainda não o fazem.

**Palavras-chave:** doença crônica; hipertensão e diabetes; rede de atenção.

## Abstract

**Introduction:** The demographic transition had an impact on the epidemiological transition, thus reducing morbidity and mortality from infectious diseases giving rise to an important group, that of chronic diseases. In this group hypertension and diabetes are a serious public health problem worldwide. Professionals in basic health assistance are of great importance in strategies to control these problems, seeking the implementation of models of individual and collective attention, to motivate the patient not to abandon the treatment, reducing complications and the burden of morbi-mortality due to these diseases and the search for emergency services for these complications. Studying these problems' profile in Dourados will contribute to the reorganization of the local attention network.

**Objective:** Characterize, according to the socio-demographic and epidemiological profile, hypertensive and/or diabetic patients treated in the Emergency Department and Emergency SUS in the city of Dourados (MS) from April to July 2010.

**Material/Methods:** The descriptive study was carried out using primary data obtained through interviews to the SUS users who sought emergency care attendance in the "Hospital da Vida" in Dourados-MS. Selected users were attended at the hospital with a diagnosis of hypertension and / or diabetes, aged 20 or more, of both sexes, no matter if they lived in the city and made a convenience sampling of 200 patients. Besides the socioeconomic and demographic variables, others were surveyed such as: the reason of the demand, prior use of the emergency department, registration at the basic care hypertension and diabetes program, disease monitoring at the basic unit service (UBS), date of last consultation, drug treatment, monitoring diet, visit the ESF and PACS and physical activity.

**Results:** Of the respondents 94,5% were hypertensive, more often female (57%), the prevalent age group was 60-70 (59,5%), low socioeconomic status, high illiteracy rate (32,5% ), predominantly black and mulatto (68%) and a significant percentage of widows (33,5%). The remaining variables showed that 96% knew UBS close to home, 93% reported receiving visits from the ESF or PACS, but only 57% make up of the disease. Almost half of respondents (48,5%) had sought the emergency service and emergency earlier in the last year and 66.5% did not seek to UBS or PAM before going to the service. The reason for seeking more prevalent was high pressure and hige pressure and blood glucose (42,9%). Of the 114 patients who reported monitoring, 112 are enrolled in the program, just over half reported follow diet (55,3%), since in physical activity only 23% regularly practiced. Most patients who visited the emergency department and emergency consultation reported having undergone a month ago (71,1%).

**Conclusion:** The Hypertensive and/or Diabetic patients interviewed in the emergency room in Dourados are mainly hypertensive, elderly, female, of a low economic status, low education, browns and blacks, with a predominance of married and widowed. Despite the fact that a high percentage of patients who UBS is close to their home, receive visits from ESF or PACS, many are not yet monitoring the disease and those who already do so, still look for the emergency service care only to solve the problems of the complications of the diseases. It is necessary to assess the assistance offered in the city for these patient groups, and adopt measures necessary to encourage adherence to treatment for those who still do not.

**Keywords:** chronic disease, hypertension and diabetes, the care network.

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de saúde (SUS) preconiza, entre outros princípios, a integralidade das ações, ou seja, o atendimento em todos os níveis, abrangendo desde ações de promoção à saúde até os cuidados especializados. No entanto, o dia-a-dia da assistência demonstra as dificuldades em distribuir de maneira equânime os serviços a todas as regiões do país, garantindo assistência integral e a universalização do acesso<sup>1</sup>.

Com o SUS, e conseqüentemente com a municipalização dos serviços, ocorreram algumas mudanças no modelo assistencial, sobretudo na ampliação da rede básica, que embora ainda não ofereça atendimento emergencial, mesmo existindo portarias que orientam oferecer alternativas ao atendimento emergencial. No entanto, a característica hospitalocêntrica ainda se mantém em várias regiões do país<sup>2,3</sup>.

A mudança no perfil epidemiológico provocou a necessidade de reestruturar a rede de assistência, com todas as implicações políticas e históricas. Isto significa enfrentar relevantes desafios e redesenhar estratégias que permitam reformular o modelo de assistência existente no país, considerando o surgimento de dois grupos importantes de agravos: as causas externas e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>4,5</sup>.

Em 1997 com a regulamentação e implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), surge uma nova perspectiva para a atenção a saúde: as ações voltadas para a atenção básica recebem um grande incentivo do Ministério da Saúde para funcionar como um eixo estruturante do sistema. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial

as de saúde da família, funcionariam como porta de entrada do sistema, atuando em locais destinados exclusivamente aos cuidados primários de saúde, com ampla distribuição de serviços, oferecendo ao usuário atendimento próximo a sua residência, envolvendo ações de cuidado integral como: prevenção, promoção e assistência. Os serviços de emergência ficariam, assim, destinados apenas aos casos agudos e emergenciais<sup>2</sup>.

Não obstante, os prontos-socorros e emergências hospitalares continuam sendo locais de primeiro atendimento para muitos usuários quando necessitam de cuidados médicos. Um dado importante revelado com a pesquisa da PNAD 2003 refere-se a aumento na utilização do Pronto-Socorro ou Emergência como serviços de uso regular (4,8% e 5,8%), mesmos não sendo adequados como serviços de uso regular<sup>6</sup>.

Segundo a Resolução CFM nº. 1451/95, o atendimento médico é caracterizado como urgência quando da ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. As emergências, por sua vez, são aquelas situações em que há a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato<sup>7</sup>.

## **1.1 A transição no perfil epidemiológico no Brasil**

As transformações sociais e econômicas ocorridas no Brasil durante o século passado provocaram mudanças importantes no perfil de ocorrência das doenças.

Segundo Pontes et al, Pereira e Gomes<sup>8,5,9</sup>, a transição demográfica ocorrida em decorrência da mudança no contexto populacional, com o expressivo processo de urbanização ocorrido a partir da década de 40, configurou uma diminuição dos coeficientes de mortalidades e natalidades em consequência a mudança no estilo de vida bem diferentes do tipo de vida encontrados nas áreas rurais durante o processo pré e pós-industrial que contribuíram para o surgimento de novas doenças.

A transição demográfica configurou quatro estágios na dinâmica populacional, onde no primeiro configurava taxas altas de mortalidade e natalidade (período pré-industrial). No segundo estágio a mortalidade reduz enquanto a natalidade ainda apresenta nível mais alto, culminando crescimento acelerado da população. O terceiro estágio demonstrou que a natalidade diminuiu em ritmo mais acentuado que a mortalidade, limitando o ritmo do crescimento populacional e o quarto estágio já no período pós-transição, houve aproximação dos coeficientes, porém em níveis muito baixos<sup>5</sup>.

Essa transição demográfica teve impacto na transição epidemiológica, com a redução da fertilidade, aumento a expectativa de vida e diminuição da mortalidade por doenças infecciosas, fazendo emergir um grupo importante, o das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>10</sup>.

Dentre os fatores que contribuíram para essa transição epidemiológica postulam: o processo de transição demográfica, com queda nas taxas de fecundidade e natalidade e um progressivo aumento na proporção de idosos, favorecendo o aumento das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias); e a transição nutricional, com diminuição expressiva da desnutrição e aumento do número de pessoas com excesso de peso<sup>11</sup>.

Segundo Lessa<sup>4</sup>, as DCNT são caracterizadas por:

- Historia natural prolongada;
- Multiplicidade de fatores de risco complexos;
- Interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos;
- Especificidade de causa necessária desconhecida;
- Ausência de participação ou participação duvidosa de microorganismos entre os determinantes;
- Longo período de latência e curso assintomático;
- Curso clínico em geral lento, prolongado e permanente;
- Manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação;
- Lesões celulares irreversíveis;
- Evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte.

Um indicador importante que reflete a ocorrência da transição epidemiológica do Brasil se refere às principais causas de internações, podendo assinalar nos anos mais recentes, o aumento das doenças crônicas<sup>8</sup>.

Uma avaliação de morbidades utilizando como fonte de dados o Sistema de Informações Hospitalares observou no período de 1984 a 1996 que doenças respiratórias foram responsáveis pela maioria das internações, seguidas das doenças cardiovasculares<sup>4</sup>.

As DCNT têm representado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por cerca de 35 milhões de mortes em 2006 e segundo as projeções de óbitos para 2015, dos 64 milhões, as DCNT representarão 41 milhões destes<sup>12</sup>.



O Brasil apresenta padrões semelhantes para as DCNT, em 2007 elas foram a principal causa de óbito no Brasil, destacando-se as doenças do aparelho circulatório (29,4%), as neoplasias (15,4%) e as Doenças Endócrinas (5,9%)<sup>13</sup>.

A mudança no perfil de morbidade e mortalidade da população brasileira tem apontado para um aumento expressivo dos agravos e doenças cuja demanda de atenção imediata os coloca como situações de urgência e emergência. A necessidade crescente de manter uma estrutura tecnológica e humana permanentemente a postos para estas situações tem se apresentado como um desafio tanto para o setor público quanto para o privado<sup>14</sup>.

A organização do sistema de saúde se negligenciada pode apresentar uma importante influência de co-responsabilização na determinação das DNCT e, por conseguinte, uma co-participação nas ocorrências de complicações e mortes evitáveis, bem como contribuindo para um impacto social e econômico negativo, com gastos muito altos<sup>4,9</sup>.

Projeções para as próximas décadas apontam para um crescimento epidêmico das DCNT na maioria dos países em desenvolvimento, em particular das doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes tipo 2. As doenças e agravos não transmissíveis respondem pelas maiores taxas de morbi-mortalidade e por cerca de mais 76% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil, com tendência crescente para as próximas décadas<sup>15</sup>.

Essa transição do quadro epidemiológico tem impactado a área de saúde pública no Brasil e o desenvolvimento de estratégias para o controle das DCNT se tornou uma prioridade para o Sistema Único de Saúde - SUS. São características desejáveis de um sistema de vigilância das DCNT a coleta e a análise sistemática (contínua e/ou periódica) de dados e informações, preferencialmente de base

populacional, que permita estimar a magnitude do problema que está sendo abordado – prevalência de seus fatores de risco, sua morbi-mortalidade, aferir suas tendências no tempo, produzir evidências úteis para a tomada de decisão e interferir ativamente na formulação de políticas e programas de promoção e atenção à saúde. Esse processo deve, ainda, incluir ações de avaliação e monitoramento do impacto das intervenções implementadas<sup>16</sup>.

## **1.2 A assistência de urgência e emergência e a mudança do perfil epidemiológico**

Segundo Carret<sup>17</sup>, estudos indicam que o serviço de emergência aumentou a demanda ao longo dos anos, principalmente a partir da década de noventa que revelou aumento do número de consultas e tempo de permanência na emergência, aumentando também o número de leitos e a área física para este fim. Muito dos agravos atendidos nestas unidades tem relacionamento com os acidentes de trânsito e outros acidentes, agressões, lesões autoprovocadas e com as DCNT.

O perfil dos usuários do serviço de emergência indica algumas características dos pacientes, como baixos níveis socioeconômico, consultam por conta própria, principalmente em horário de trabalho, com tendência a aumento da utilização entre homens<sup>17</sup>.

Ao planejar a assistência às situações de urgência e emergência é necessário ter o conhecimento do quê, com qual gravidade e a quem se atende, quanto tempo se usa para estes atendimentos e o destino dos pacientes<sup>18</sup>.

Muitas doenças do grupo da DCNT têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população<sup>4,19</sup>.

Atualmente, as urgências representam uma importante porta de entrada dos usuários com estes agravos nas Unidades de Saúde, sejam ambulatoriais ou hospitalares, indicando a necessidade de estudos e pesquisas que evidenciem a necessidade da abordagem promocional da qualidade de vida e saúde<sup>16</sup>.

Valera e Turrini<sup>20</sup> abordam no seu estudo as repetidas admissões de pacientes nos serviços de emergência de um hospital de ensino de atenção terciária e observaram que quase a metade dos pacientes estudados (46,7%) apresentava pelo menos uma afecção de base, sendo que as mais evidenciadas foram Doença do Aparelho Circulatório (33,7%), seguidas das neoplasias (24,1%).

Um estudo realizado por Oliveira e Scochi<sup>21</sup> objetivando analisar os fatores determinantes da utilização dos serviços de Urgência e Emergência em Maringá (PR), indicou uma utilização inadequada do serviço por uma parcela considerável dos pacientes estudados: 60,5 utilizavam a emergência pela proximidade da residência e pela rapidez no atendimento.

As motivações e necessidades que instigam o usuário do SUS a buscar assistência médica, mesmo que básica em um pronto socorro ou hospital como opção inicial de assistência à saúde são as mais diversas. Um estudo realizado por Oliveira et al<sup>22</sup>, observou que apesar de demonstrarem ter conhecimento da referência de saúde do seu bairro onde mora como sua porta de entrada, ele a rejeita por valorizar outros parâmetros que são mais significativos, como por exemplo, a confiabilidade vinculada à estrutura do serviço quanto a recurso tecnológico, capacidade técnica científico e profissional, principalmente médica.

Estudo realizado por Dwyer et al<sup>23</sup> no Rio de Janeiro com chefes de serviços de 30 hospitais, apontou como determinantes da superlotação nos prontos socorros à baixa resolutividade da rede básica.

A preocupação do excesso de pacientes nas portas dos prontos socorros não tem sido restrita ao Brasil. Estudo canadense que analisou a utilização de outros serviços de cuidados de saúde e os motivos que levaram a procura do serviço de emergência relatou que 61% dos pacientes declararam ter procurado alternativa de assistência antes de visitar a unidade de emergência<sup>24</sup>.

Segundo Pereira<sup>4</sup>, conhecer o perfil de morbidade da população determina em grande parte, o tipo, a quantidade e a distribuição de serviços, colocados à disposição, visando manter e melhorar o seu estado de saúde.

Resultados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios de 2003 (PNAD 2003), indicaram uma prevalência de doenças crônicas na população de 29,9%, sendo ligeiramente menor se comparada à PNAD 1998 (31,6%). Entretanto, como na última pesquisa a resposta positiva passou a requerer que o diagnóstico das doenças tivesse sido feito por médico ou profissional de saúde, esta variação pode ser em parte decorrente desta reformulação<sup>6</sup>.

Contudo conhecer o perfil socioeconômico e epidemiológico dos agravos prevalentes na região revela um indicador insubstituível para a provisão de serviços e de recursos, tanto em termos de pessoal, como de equipamentos, medicamentos e demais insumos necessários para ações de natureza preventiva, diagnóstica, terapêutica e de reabilitação.

Entretanto, embora a oferta tenha relação com as necessidades, é imperioso atentar a outros fatores que também influenciam a distribuição de serviços, além da morbidade incidente<sup>4</sup>.

Rouquayrol e Almeida Filho<sup>15</sup> ressaltam que não se pode atribuir toda a causa das mortalidades por doenças não transmissíveis como o câncer de colo de útero, por exemplo, ao processo de modernização social. Há certos agravos que podem

ser tratados com os recursos tecnológicos disponíveis atualmente, como para as doenças cerebrovasculares, quase sempre associados aos quadros hipertensivos descompensados, implicando como condicionantes outros aspectos como dificuldade de acesso e desigualdades sociais.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS vem desenvolvendo ações para fortalecer o sistema de urgência e emergência no estado. Nesse sentido instituiu o Comitê Gestor Estadual de Urgência e Emergência em 2009, realizou Fóruns em 2007 e 2008 com objetivo fomentar discussão sobre a Rede de Assistência de Urgência e Emergência, a Regulação da Assistência de Urgência e Emergência e a Assistência Pré-Hospital de Urgência e Emergência, elencando propostas junto aos gestores municipais, profissionais de saúde, conselhos e prestadores.

Porém, cabe observar que um estudo do perfil socioeconômico e epidemiológico dos pacientes que buscam os serviços de urgência e emergência pode subsidiar o planejamento de ações que, certamente, promoverá a integração entre os serviços nos diferentes níveis da assistência à saúde.

Conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR)<sup>25</sup> do Mato Grosso do Sul, o estado está subdividido em 03 macrorregiões, sendo que uma delas tem o município de Dourados como sede e serve de referência para 35 municípios da região. A rede de Serviços de Urgência e Emergência no SUS do município é constituída por: 01 Pronto Atendimento Médico (PAM) até 23 horas, 04 unidades hospitalares e 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Embora a rede hospitalar do município seja composta por 04 unidades, apenas o “Hospital da Vida” tem serviço de pronto atendimento, favorecendo a realização de um estudo que caracterize os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que procuram esse serviço.

Apesar de se tratar de uma unidade pública, atualmente a gestão do serviço é realizada por uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, através de um convênio firmado com a prefeitura municipal de Dourados onde a entidade mantenedora do Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby king administra atualmente o Hospital da Vida.

O serviço tem como clientela exclusiva os usuários do SUS, e em razão de ser o único hospital com serviço de pronto atendimento 24 horas, possuir maior estrutura e equipe, é referência municipal e macrorregional, atendendo quase todo o universo da demanda de emergência local e parte da referência macrorregional, principalmente para leitos de UTI e traumato-ortopedia.

O município localiza-se na região Sul do estado de Mato Grosso do Sul, com população de 189.762 habitantes, segundo estimativa do TCU<sup>26</sup> no ano de 2009 e a população macrorregional é de 750.246.

O perfil epidemiológico do estado de Mato Grosso do Sul nos anos de 2006 a 2009, no que se refere à morbidade, revela que as principais causas de internações clínicas ocorrem por DCNT<sup>27</sup>.

Segundo dados do SIH/SUS em 2009 no estado de Mato Grosso do Sul a morbidade por insuficiência cardíaca e hipertensão essencial (primária) ocupam o primeiro e terceiro lugar, respectivamente, em prevalência do Capítulo das Doenças do Aparelho Circulatório e o Diabetes Mellitus (DM) ocupa o primeiro lugar em prevalência no Capítulo das Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas. Os dados de internação apontam uma maior prevalência na faixa etária de 20 anos ou mais e principalmente no sexo masculino<sup>27</sup>.

No município de Dourados o perfil epidemiológico das internações mostra que insuficiência cardíaca e outras doenças isquêmicas do coração ocupam o primeiro e

segundo lugar, respectivamente, em prevalência do Capítulo das Doenças do Aparelho Circulatório e o Diabetes Mellitus (DM) ocupa o primeiro lugar em prevalência no Capítulo das Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas<sup>27</sup>.

Em relação aos registros no SISHIPERDIA, Dourados cadastrou no período de 2002 a 2009, 8013 hipertensos, 440 diabéticos e 2418 diabéticos com hipertensão<sup>28</sup>.

### **1.3 Diabetes Mellitus**

De acordo com Costa<sup>29</sup> e Saad et al<sup>30</sup>, a Diabetes Mellitus ou diabetes açucarado ou diabetes sacarino compreende um grupo heterogêneo de causas e manifestações clínicas, tendo como denominador comum o aumento de glicose, um tipo de açúcar no sangue decorrente, na maioria das vezes, de produção diminuída ou alterada de insulina (fígado, músculo e tecido adiposo), ocasionando modificações e metabolismo de proteínas, gorduras, sais minerais e, principalmente, glicose.

Segundo critérios da Associação Americana de Diabetes (ADA) e aceito pela OMS e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), os valores normais de glicemia de jejum é até 100 mg/dl, intolerância a glicose de jejum > 100 mg/dl e < 126 mg/dl e diabetes  $\geq$  126 mg/dl<sup>31</sup>.

Dentre os fatores de risco para o aparecimento de diabetes estão:

- a. Crianças e adolescentes obesos e sedentárias;
- b. Idade superior a 45 anos;
- c. História familiar de diabetes – pais, filhos e irmãos;
- d. Excesso de peso no adulto (IMC maior que 25 kg/m<sup>2</sup>);

- e. Sedentarismo;
- f. HDL colesterol baixo;
- g. Triglicerídeos aumentados;
- h. Hipertensão arterial de causa ignorada;
- i. Doenças coronarianas;
- j. Diabetes mellitus gestacional prévio.

#### **1.4 Hipertensão Arterial Sistêmica**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema grave de saúde pública mundial, pois representa um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal<sup>32</sup>.

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, sendo a classificação da pressão arterial para pessoas com idades acima de 18 anos a seguinte<sup>33</sup>.



<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica</b>	<b>Pressão diastólica</b>
Ótima	< 120	< 180
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderada)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	≥ 180	≥ 110
Sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: <sup>33</sup>

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial e diabetes, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso e/ou diabético como de fazê-lo seguir o tratamento.

Mesmo existindo programas do Ministério da Saúde que visam acompanhar os pacientes portadores de Hipertensão e Diabetes, o número elevado de internações por esses agravos ainda é preocupante<sup>19</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) em 2001 implantou o Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), com ênfase na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Os pacientes captados no Plano Nacional de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, são monitorados pelo SIS-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA, sistema informatizado responsável pela geração de informações para aquisição,

dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados<sup>14</sup>.

A melhoria na qualidade da atenção para alcançar o controle necessário dos níveis pressóricos e o cuidado integral do paciente com diabetes representa um desafio atualmente, principalmente para atenção básica, que tem buscado a implementação de modelos de atenção individuais e coletivos, que motivem o paciente a não abandonar o tratamento, reduzindo complicações e a carga de morbimortalidade desses agravos<sup>32</sup>.

O acompanhamento de pacientes hipertensos e/ou diabéticos constitui um dos eixos prioritários de atenção à saúde para a Estratégia de Saúde da Família e Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde.

## 2. JUSTIFICATIVA

Segundo Ministério da Saúde<sup>19</sup>, O enfretamento dessas “novas epidemias” de doenças crônicas não transmissíveis, mundialmente preocupantes, necessitam dentre outros fatores, de muito investimento em pesquisa.

O Estudo da caracterização segundo o perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes no serviço de urgência e emergência no município de Dourados – MS contribuirá para a implementação dos serviços de saúde que tratam desses pacientes, bem como para propor a reorganização dos serviços em redes de atenção, a partir das linhas de cuidados necessárias a esta clientela, podendo fortalecer a construção de uma rede poliárquica de atenção à saúde conforme os conceitos de Mendes<sup>34</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Caracterizar, segundo o perfil sócio-demográfico e epidemiológico, os pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos atendidos no Serviço de Urgência e Emergência do SUS no Município de Dourados (MS), no período de abril a julho de 2010.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Descrever as características sócio-demográficas e epidemiológicas dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, hipertensos e/ou diabéticos, atendidos na unidade de urgência e emergência de Dourados-MS;
- Descrever as motivações que levam o usuário do SUS hipertensos e/ou diabéticos, a buscar assistência em unidade no Serviço de Urgência e Emergência;
- Investigar o conhecimento dos pacientes sobre a existência de serviços de atendimentos àquelas patologias nas UBS;
- Descrever o tipo de acompanhamento que esses pacientes recebem nas UBS.

#### 4. MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, através de dados primários coletados por meio de entrevistas aplicadas aos usuários do SUS que buscaram atendimentos de urgências e emergências. Optamos por estudar uma unidade pública relevante para o sistema de saúde local e macrorregional. O local de estudo foi o serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Vida no município de Dourados-MS e o período de realização foi de abril a julho de 2010.

Foram selecionados usuários admitidos com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes, com 20 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes ou não no município.

Os indivíduos com menos de 20 anos de idade foram excluídos da população de interesse, tendo em vista a pequena prevalência desses problemas crônicos antes dessa idade.

As variáveis estudadas foram:

Variáveis socioeconômicas e demográficas: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal e renda per capita em Salários Mínimos, considerando o valor de R\$510,00. As variáveis foram autorreferidas, com exceção de sexo e raça/cor que foi pela observação do entrevistador.

Outras variáveis de interesse:

- Motivo da procura do serviço de urgência e emergência, segundo queixa principal registrada no prontuário. A variável foi categorizada em: pressão arterial (PA) elevada quando a pressão arterial sistólica for superior a 140 mm/hg e/ou pressão diastólica for superior a 90 mm/hg; glicemia elevada quando a glicemia for  $\geq 126$  mg/dl (valor considerado diabetes para glicemia

de jejum segundo OMS); hipotensão quando a pressão sistólica for inferior a 105 mm/hg e/ou a diastólica for inferior a 60 mm/hg; hipoglicemia quando os níveis de glicose no plasma estiver abaixo de 70 mg/dl; outras complicações conforme descrito no prontuário: cefaléia, dispnéia, tontura, dor torácica, edema em MMII, hemiplegia, fraqueza, paresia, convulsão e mal estar

- Utilização do serviço de urgência e emergência anteriormente (período anterior a um ano do dia da entrevista);
- Estar cadastrado em programa de Hipertensão e/ou Diabetes na UBS;
- Realizar acompanhamento da doença na UBS;
- Data da última consulta, se houver ocorrido uma;
- Seguimento de tratamento medicamentoso, se houve prescrição anterior;
- Recebe visita da ESF ou PACS;
- Seguimento de dieta, se prescrita;
- Prática de atividade física regularmente (foi considerada regularmente a prática de atividade física recomendada no programa pelo menos três vezes por semana).

Foi elaborado um instrumento (questionário anexo II) para coleta de dado e aplicado por meio de entrevista pela própria pesquisadora. As entrevistas foram realizadas em dias da semana alternados, eliminando os finais de semana (sábado e domingo) no horário das 7 às 19 horas a fim de eliminar viés de seleção.

Os pacientes do serviço de urgência e emergência foram considerados hipertensos e/ou diabéticos de acordo com os dados observados no prontuário médico.

A entrevista foi realizada após confirmação do diagnóstico com observação do prontuário médico, em diferentes dias da semana, de segunda a sexta-feira e foi

apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I) aos entrevistados.

Os dados foram organizados e tabulados em planilhas de Excel e Epi Info

3.5.1.

#### **4.1. Amostra:**

Após um primeiro levantamento, observou-se que os atendimentos no serviço de urgência e emergência do Hospital da Vida apresentaram uma média de 3500 atendimentos/mês. Não foi possível quantificar os pacientes hipertensos e/ou diabéticos atendidos devido à falta de registro de morbidade no Sistema de Informação Ambulatorial SIA-SUS.

Considerando a impossibilidade de quantificar os pacientes hipertensos e/ou diabético atendidos por mês no serviço de urgência e emergência, e dado o tempo disponível para a coleta dos dados, foi feita uma amostragem por conveniência, de 200 pacientes, consideramos os seguintes parâmetros: intervalo de confiança de 95% com erro de 5%.

#### **4.2. Aspectos éticos**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ, de acordo com a Resolução CNS 196/96, parecer N°195/09.

## 5. RESULTADOS

Foram entrevistados 200 pacientes (Tabela 1) que compareceram ao serviço de Urgência e Emergência no período de abril a julho de 2010. Desses pacientes 112 (56%) eram hipertensos, 11 (5,5%) diabéticos e 77(38,5%) hipertensos e diabéticos. Quando somados Hipertensos com Hipertensos e Diabéticos obtivemos 189 hipertensos (94,5%).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos entrevistados no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Vida, Dourados 2010.

<b>Doença</b>	<b>Freqüência</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Hipertensão</b>	112	56,0	(48,8 – 63,0)
<b>Diabetes</b>	11	5,5	(2,8 - 9,6)
<b>Hipertensão e Diabetes</b>	77	38,5	(31,7 - 45,6)
<b>Total</b>	200	100,0	-

Na análise das características socioeconômicas (Tabela 2), houve maior freqüência do sexo feminino com 57% dos entrevistados. A faixa etária prevalente foi de 60 a 70 anos com 59,5%. Quanto à classe econômica observou-se que a renda é relativamente baixa nos pacientes entrevistados, já que 84,5% possuem renda per capita menor ou igual a um salário mínimo.

Em relação à escolaridade 32,5% eram analfabetos, 60,5% com ensino fundamental incompleto e apenas 3,0% tinham médio completo ou superior. Houve predominância da raça/cor parda e negra com 68%. Quanto à situação conjugal 51% eram casados ou viviam em união consensual e foi encontrado um número significativo de viúvos com 33,5%.

Quanto à procedência o maior percentual foi de residentes em Dourados com 85%.



Tabela 2 – Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes entrevistados no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Vida, Dourados 2010

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS	HIPERTENSO N=112		DIAGNÓSTICO				TOTAL N= 200		IC 95%
	Nº	%	DIABÉTICO N=11		DIABÉTICO E HIPERTENSO N=77		Nº	%	
<b>Sexo</b>			Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Feminino	63	55,3	4	3,5	47	41,2	114	57,0	(49,8 - 64,0)
Masculino	49	57,0	7	8,1	30	34,9	86	43,0	(36,0 - 50,2)
<b>Faixa etária</b>									
De 20 a 39	6	75,0	1	12,5	1	12,5	8	4,0	(1,7 - 7,7)
De 40 a 59	25	55,6	5	11,1	15	33,3	45	22,5	(16,9 - 28,9)
De 60 a 79	65	54,6	4	3,4	50	42,0	119	59,5	(52,3 - 66,4)
De 80 e +	16	57,1	1	3,6	11	39,3	28	14,0	(9,5 - 19,6)
<b>Renda (SM) <sup>(1)</sup></b>									
Menor ou = 1.0	98	58,0	9	5,3	62	36,7	169	84,5	(78,7 - 89,2)
De 1.0 até 1.99	11	42,3	2	7,7	13	50,0	26	13,0	(8,7 - 18,5)
De 2.0 ou mais	3	60,0	0	0,0	2	40,0	5	2,5	(0,8 - 5,7)
<b>Escolaridade</b>									
Analfabeto	38	58,5	3	4,6	24	36,9	65	32,5	(26,1 - 39,5)
Fundamental Incompleto	64	52,9	7	5,8	50	41,3	121	60,5	(53,4 - 67,3)
Fundamental Completo	5	63,5	1	12,5	2	25,0	8	4,0	(1,7 - 7,7)
Médio completo e Superior	5	4,5	0	0,0	1	16,7	6	3,0	(1,1 - 6,4)
<b>Raça/cor</b>									
Branca	34	55,7	2	3,3	25	41,0	61	30,5	(24,2 - 37,4)
Parda e negra	76	55,9	9	6,6	51	37,5	136	68,0	(61,1 - 74,4)
Amarela	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	(0,0 - 2,8)
Indígena	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	1,0	(0,1 - 3,6)
<b>Situação Conjugal</b>									
Casado e União consensual	58	56,9	5	4,9	39	38,2	102	51,0	(44,8 - 59,1)
Viúvo	37	55,2	1	1,5	29	43,3	67	33,5	(27,0 - 40,5)
Solteiro, Separado e Divorciado	17	54,8	5	16,1	9	29,0	31	15,5	(5,0 - 13,3)

<sup>(1)</sup> Renda familiar per capita em salários mínimos (SM).

Em relação ao conhecimento e utilização da UBS para acompanhamento da doença (Tabela 3), 96% tem conhecimento da existência de UBS próxima ao domicílio, porém só 57% fazem acompanhamento da doença nesta unidade, mesmo tendo 93% dos entrevistados informado que recebem visita da Estratégia da Saúde

da Família ou do Programa dos Agentes Comunitário de Saúde. Dos entrevistados, 66,5% não procurou nem a UBS de referência nem o Pronto Atendimento Médico e 48,5% já utilizaram o serviço de urgência e emergência no período de um ano.

Tabela 3 – Conhecimento e utilização da Unidade Básica de Saúde próxima do domicílio dos pacientes entrevistados no Serviço de Urgência e Emergência Hospital da Vida, Dourados 2010

VARIÁVEIS	DIAGNÓSTICO									
	HIPERTENSO N=112		DIABETICO N=11		DIABETICO E HIPERTENSO N=77		TOTAL N=200		IC (95%)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Conhecimento de UBS* próximo do domicílio</b>										
Sim	106	55,2	11	5,7	75	39,1	192	96,0	(92,3 - 98,3)	
Não	6	75,0	0	0,0	2	25,0	8	4,0	(1,7 - 7,7)	
<b>Recebe Visita da ESF ou PACS</b>										
Sim	104	55,9	9	4,8	73	39,2	186	93,0	(88,5 – 96,1)	
Não	8	57,1	2	14,3	4	28,6	14	7,0	(3,9 – 11,5)	
<b>Faz acompanhamento da doença na UBS</b>										
Sim	58	50,9	8	7,0	48	42,1	114	57,0	(49,8 - 64,0)	
Não	54	62,8	3	3,5	29	33,7	86	43,0	(36,0 - 50,2)	
<b>Procurou Unidade antes do serviço de urgência e emergência</b>										
UBS	13	59,1	0	0,0	9	40,9	22	11,0	(7,0 – 16,2)	
PAM	10	43,5	2	8,7	11	47,8	23	11,5	(7,4 – 16,8)	
UBS e PAM	12	54,5	2	9,1	8	36,8	22	11,0	(7,0 – 16,2)	
Não procurou	77	57,9	7	5,3	49	36,8	133	66,5	(59,5 – 73,0)	
<b>Utilizou a Unidade de Urgência e Emergência antes</b>										
Sim	52	53,6	1	1,0	44	45,4	97	48,5	(41,4 - 55,7)	
Não	60	58,3	10	9,7	33	32,0	103	51,5	(44,3 - 58,6)	

Entre os motivos da procura pelo serviço de urgência e emergência (Tabela 4), a maioria (37%) se deve a "outras complicações", entretanto, 29% apresentaram

PA elevada, 10,5% glicemia elevada e PA elevada mais glicemia elevada 15%. Se agruparmos PA elevada com PA e glicemia elevada, teremos a maioria dos pacientes (44%).

Tabela 4 – Utilização do serviço de Urgência e Emergência e queixa principal no momento da admissão dos pacientes entrevistados, Hospital da Vida, Dourados 2010

Motivo da Procura do serviço segundo queixa principal registrada no prontuário	DIAGNÓSTICO								IC(95%)
	HIPERTENSO N=112		DIABETICO N=11		DIABETICO E HIPERTENSO N=77		TOTAL 200		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Pressão Arterial (PA)	50	86,2	0	0,0	8	13,8	58	29,0	(22,8 - 35,8)
Glicemia elevada	2	9,5	5	23,8	14	66,7	21	10,5	(6,6 - 15,6)
PA e Glicemia elevada	0	0,0	1	3,3	29	96,7	30	15,0	(10,4 - 20,7)
Pé diabético	0	0,0	3	33,3	6	66,7	9	4,5	(2,1 - 8,4)
Hipotensão	7	100,0	0	0,0	0	0,0	7	3,5	(1,4 - 7,1)
Hipoglicemia	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	0,5	(0,0 - 2,8)
Outras Complicações	53	71,6	2	2,7	19	25,7	74	37,0	(30,3 - 44,1)

Ao estratificarmos os pacientes (n=114) que relataram fazer acompanhamento na UBS (tabela 5), observamos que 99% estão inscritos em grupos de Hipertensos e/ou Diabéticos. Apenas dois pacientes não estão inscritos. Destes pacientes 98,2% recebem visita do ESF ou PACS.

Quanto ao uso de medicamentos 95,5% informaram fazer uso e 72,8% souberam informar uso de até quatro medicamentos. Usam cinco ou mais medicamentos 17,5%, sendo que 9,6% não souberam informar ou não fazem uso de tratamento medicamentoso.

Dos pacientes acompanhados 71,7% referiram ter passado por consulta médica até um mês antes da data da entrevista e 14,9% há dois meses ou mais.

Em relação à dieta e à prática de atividade física, 55,3% relataram seguir dieta e 71,9 % relataram não praticar atividade física. Quanto a outro tipo de tratamento, 41,2% informaram fazê-lo, como chás e remédios caseiros.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes Diabéticos e/ou Hipertensos acompanhados segundo o tipo de acompanhamento que fazem na UBS, Dourados 2010

VARIÁVEIS DE ACOMPANHAMENTO DA DOENÇA	DIAGNÓSTICO								IC (95%)	
	HIPERTENSO N=58		DIABETICO N=08		DIABETICO E HIPERTENSO N=48		TOTAL N=114			
<b>Participa em grupo de Hipertenso e/ou Diabéticos na UBS*</b>										
Sim	58	51,8	7	6,3	47	42,0	112	99,0	(93,8 – 99,8)	
Não	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	1,0	(0,2 – 6,2)	
<b>Recebe visita da ESF ** ou PACS***</b>										
PSF	51	51,0	5	5,0	44	44,0	100	87,7	(80,3 - 93,1)	
PACS	6	50,0	2	16,7	4	33,3	12	10,5	(5,6 - 17,7)	
Não recebe visita	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	1,8	(0,2 - 6,2)	
<b>Usa medicamento</b>										
Sim	58	51,8	8	7,1	46	41,1	112	95,5	(93,8 - 99,8)	
Não	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	4,5	(0,2 - 6,2)	
<b>Quantos medicamentos souberam informar</b>										
Até 4	44	53,0	7	8,4	32	38,6	83	72,8	(62,1 - 75,3)	
De 5 ou mais	10	50,0	0	0,0	10	50,0	20	17,5	(9,9 – 20,24)	
Não sabe informar ou não usa	4	36,4	1	9,1	6	54,5	11	9,6	(11,6 – 22,4)	
<b>Ultima consulta</b>										
Um mês atrás	39	48,1	7	8,6	35	43,2	81	71,1	(61,8– 79,2)	
Dois ou mais	9	52,9	1	5,9	7	41,2	17	14,9	(6,9 - 19,7)	
Não se lembra	10	62,5	0	0,0	6	37,5	16	14,0	(7,6 - 20,8)	
<b>Segue Dieta</b>										
Sim	29	46,0	3	4,8	31	49,2	63	55,3	(45,7 - 64,6)	
Não	29	56,9	5	9,8	17	33,3	51	44,7	(35,4 - 54,3)	
<b>Pratica Atividade Física</b>										
Sim	21	65,6	0	0,0	11	34,4	32	23,0	(20,1 - 37,3)	
Não	37	45,1	37	45,1	8	9,8	82	71,9	(62,7 - 79,9)	
<b>Outros</b>										
Sim	19	40,4	6	12,8	22	46,8	47	41,2	(32,1 - 50,8)	
Não	39	58,2	2	3,0	26	38,8	67	58,8	(49,2 - 67,9)	

## 6. DISCUSSÃO

O estudo possibilitou conhecer as características dos pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos que consultam no serviço de urgência e emergência, os motivos pelos quais buscam este serviço e diversos aspectos relacionados ao acompanhamento que esta demanda faz na Unidade Básica de Saúde.

O fato do Hospital da Vida ser o único hospital com serviço de urgência e emergência SUS permitiu abranger a grande maioria de pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos que buscam este atendimento. Embora o serviço de urgência e emergência seja um local estressante, o número de recusa foi nulo, os pacientes se mostraram bem receptivos em responder o questionário.

Das DCNT estudadas, houve maior concentração de hipertensos. O estudo de Jacobs e Matos<sup>18</sup> verificou que hipertensão está entre as cinco principais causas de atendimento na urgência e emergência.

Observou-se que os pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos usuários do serviço de urgência e emergência apresentou uma predominância do sexo feminino, assim como o observado nos estudos de Scochi<sup>35</sup> e Sanchez et al<sup>36</sup>. Evidenciou-se maior percentual de idosos, pardos e negros, menor escolaridade e classe econômica baixa, semelhantes ao observado por Carret<sup>17</sup> e Sanchez et al<sup>36</sup>.

Neste estudo houve predominância da raça/cor parda e negra, a literatura indica que raça pode ser um fator mais associado à hipertensão<sup>37</sup>. A raça negra foi agrupada por ser uma proporção pequena.

Embora a variável procedência não tenha sido evidenciada nas tabelas, a maioria dos pacientes era residente em Dourados (89%).

A maioria dos pacientes tinha conhecimento de existência de UBS próximo da sua residência e 93% informaram receber visita da ESF ou PACS, porém só 57 % faziam acompanhamento da doença. Isso pode justificar o fato de metade dos entrevistados já terem utilizado o serviço de urgência e emergência outras vezes no último ano. Apenas 33,5% dos entrevistados procuraram outra unidade antes do serviço de urgência e emergência. Han et al<sup>24</sup> em seu estudo encontraram um percentual bem superior, 61%.

A baixa procura pelo PAM (22,5%) se deve talvez pelo fato do serviço não atender 24 horas, limitando o atendimento aos pacientes que necessitem observação por esse período.

Os programas da ESF e PACS poderiam contribuir de modo significativo na diminuição das readmissões destes pacientes no serviço de urgência e emergência, bem como para uma melhor adesão dos pacientes aos programas de Hipertensão e Diabetes da UBS. Um melhor acompanhamento destes pacientes poderia reduzir os índices de complicações da doença, uma vez que PA elevada apresentou um percentual de 42,9% entre os motivos da procura do serviço de urgência e emergência.

Dos pacientes entrevistados 48% informaram já ter buscado o serviço de urgência e emergência anteriormente.

Embora o efeito benéfico da prática de exercícios físicos como um tratamento não medicamentoso da hipertensão seja evidenciado<sup>38</sup>, esta não foi uma prática comum entre os pacientes estudados, pois somente 23% praticavam atividade física regularmente, fato que pode ser explicado pelo elevado percentual de idosos. Nos estudos de Scoci<sup>35</sup> e Sanchez et al<sup>36</sup> também foram observados um baixo percentual de prática de atividade física entre os pacientes hipertensos.

Em relação à dieta, a maioria referiu seguir algum tipo de dieta, assim como nos estudo de Sanchez et al<sup>36</sup>. Quanto ao uso de medicamentos observou-se resultado semelhante ao de Scochi<sup>35</sup>, onde a maioria dos entrevistados referiu usá-los.

Outro fato que chamou atenção é que 71,1% dos pacientes acompanhados passaram por consulta médica até um mês antes da data de entrada no serviço de urgência e emergência, fato que levanta questionamento em relação à qualidade da atenção recebida nos programas estratégicos das UBS.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos resultados obtidos, pode-se estimar que os pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos entrevistados no serviço de urgência e emergência de Dourados são em sua maioria hipertensos, idosos, do sexo feminino, de situação econômica baixa, pouca escolaridade, pardos e negros, com predominância de casados, seguido de viúvos.

O alto percentual de pacientes com conhecimento de UBS próxima ao domicílio e que recebem visita dos programas Estratégicos da Atenção Básica (ESF e PACS) verificados neste estudo denotam a urgência em estabelecer algumas intervenções para fortalecer as ações de saúde das UBS: incentivar o acompanhamento da doença para aqueles que recebem visita e ainda não fazem; melhorar a qualidade da assistência aos pacientes já acompanhados e desse modo diminuir as complicações que levam estes a procurar o serviço de urgência.

Como um percentual significativo de pacientes já está em acompanhamento na rede básica é necessário intensificar as orientações quanto aos riscos de complicações, referência para porta de entrada do paciente no sistema, incluindo aqui o PAM como suporte para a rede Básica no caso de complicações, e, principalmente fortalecer o vínculo com a equipe que o acompanha.

Embora a orientação no Serviço de Urgência e Emergência não seja uma tarefa fácil, ela se faz necessária considerando que o paciente é o mesmo indivíduo tanto na UBS quanto nos Serviços de Urgência, devendo, portanto os serviços estarem preparados para receber e contrarreferenciar dentro do contexto da Clínica Ampliada e da intersectorialidade. Assim, a equipe da UBS poderá reconhecer seu



paciente, articular a discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial e readequar o projeto terapêutico singular destes pacientes.

Considerando a importância dessas DCNT para a saúde pública atualmente e que a maioria dos entrevistados relatou ter conhecimento de unidade próxima da residência e recebem visita das ESF e PACS, recomendamos que a gestão municipal avaliasse as ações desenvolvidas nos programas implantados nos municípios que atendem a demanda de hipertensos e/ou diabéticos e adote as medidas necessárias para minimizar a procura destes pacientes no serviço de urgência e emergência, assegurando aos mesmos os benefícios do tratamento para o efetivo controle da pressão arterial e níveis glicêmicos, bem como a redução de complicações das doenças.

Recomendamos ainda a implantação do sistema de referência e contrarreferência nas unidades assistenciais que garanta a continuidade do cuidado pela equipe de referência dos mesmos e que os serviços estejam organizados em redes de atenção.

Seria estratégico para a gestão do município de Dourados a otimização da implantação de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) já aprovada pelo Ministério da Saúde no município para apoiar as UBS e ESF nos atendimentos a esses pacientes, enfatizando, contudo, que a AB seja a norteadora da rede de atenção à saúde.

## 8. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em 20 julho 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
4. Lessa, I. O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Editora Hucittec – ABRASCO. Rio de Janeiro, 1998.
5. Pereira, MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Editora Guanabara Roogan S. A. 2003.
6. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998: Brasil. Rio de Janeiro: 2003. 196 p.
7. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1451/95, de 10 março 1995 [Internet]. São Paulo: CFM; Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm)> [Links] Acesso em 20 julho 2009.
8. Pontes, RJS et al. In Medronho, RA et al. Epidemiologia. Editora Atheneu. São Paulo, 2009.
9. Gomes, JAC et al. Textos de Apoio em Vigilância Epidemiológica. Editora Fiocruz, 1998.
10. Barreto, ML. Carmo, EH. In Lessa, I. O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Editora Hucittec – ABRASCO. 1998. Rio de Janeiro.
11. Brasil. Doença Crônica Não-Transmissíveis. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde. Brasília. v.6:CONASS,2007
12. WHO. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases a vital investment. Geneva: WHO, 2005.
13. Brasil. Sistema de informações sobre mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>. Acessado em 09 de outubro de 2009.
14. Brasil. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas. Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Brasília. v.8 , 2008.

15. Rouquayrol, MZ; Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. Editora Medsi. 6 ed. 2003.
16. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde*. Brasília. V.6:CONASS,2007.
17. Carret, M.L.V. Características da Demanda do Serviço de Saúde de Emergência no Sul do Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / n.0488, 2007 - ISSN 1413-8123*.
18. Jacobs, CP; Matos, EP. Estudo Exploratório dos Atendimentos em Unidade de Emergência em Salvador – Bahia. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(6): 348-53.
19. Brasil. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80. : il.*
20. Valera, R B; Turrini, R N T. Fatores Relacionados á Readmissão de Pacientes em Serviço Hospitalar de Emergência. *Cienc. enferm.* [online]. 2008, vol. 14, no. 2, pp. 87-95. ISSN 0717-9553.
21. Oliveira, MLF; Scochi, MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). *Ciênc. cuid. Saúde*; 1(1):129-134, jan.-jun. 2002.
22. Oliveira, LH; Mattos, RA; Souza, AIS. Cidadãos Peregrinos: Os “Usuários” do SUS e os Significados de sua Demanda a Prontos-Socorros e Hospitais no Contexto de um Processo de Reorientação do Modelo Assistencial. *Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / n. 0001, 2007 - ISSN 1413-8123*.
23. Dwyer, GO; Matta, IEA; Pepe, VLE. Avaliação dos Serviços Hospitalares de Emergência do Estado do Rio de Janeiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123 – 0269.2007*.
24. Han, A; Ospina, MB; Blitz, S; Strome, T; Rowe, BH. Patients Presenting to the Emergency Department: The Use of Other Health Care Services and Reasons for Presentation. *Can J Emerg Med* 2007;9(6):428-34.
25. MATO GROSSO DO SUL. Estado. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. 2009.
26. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de informações em saúde Demográficas e socioeconômicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popms.def>. Acessado em 09 de março de 2010.
27. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Disponível em <

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrms.def>>. Acesso em 09 set 2009.

28. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/> >. Acesso em 08 de outubro 2010.

29. Costa, AA. Neto, JSA. Manual de Diabetes: educação, alimentação, medicamentos, atividade física. 4. Ed. rev. E ampl. São Paulo: Sarvier, 2004.

30. Saad, MJA. Maciel, RMB. Mendonça, BB. Endocrinologia. São Paulo: Atheneu, 2007.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2006.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

33. Pierin, AMG. Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri, São Paulo, 2004.

34. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2010 Aug [cited 2009 Sep 03] ; 15(5): 2297-2305. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en). doi: 10.1590/S1413-81232010000500005.

35. Scochi, MJ. Avaliando o cuidado ao hipertenso em serviços de saúde. Acta Scientiarum. Maringá, v. 23, n. 3, p. 739-744, 2001.

36. Sanchez, CG. Pierin, AMG. Mion Jr., D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP, 2004; 38(1):90-8.

37. LAGUARDIA. J. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia?. Hist. cienc. saúde-Manguinhos [serial on the Internet]. 2005 Aug [cited 2009 Sep 06]; 12(2): 371-393. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702005000200008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200008&lng=en). doi: 10.1590/S0104-59702005000200008.

38. MONTEIRO, Maria de Fátima. SOBRAL FILHO, Dário C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. Rev Bras Med Esporte \_ Vol. 10, Nº 6 – Nov/Dez, 2004.

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) foi selecionado e está sendo convidado para participar da pesquisa “Caracterização dos Pacientes Hipertensos e Diabético atendidos em Serviço de Urgência e Emergência no Município de Dourados-MS”. Sua participação consiste em responder a uma entrevista.

Esclareço que sua participação é voluntária, podendo haver de sua parte recusa em participar da pesquisa, sem que isso represente qualquer constrangimento. A pesquisa destina-se a elaboração da dissertação final do curso de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública –ENSP / FIOCRUZ, sendo que os dados nela obtidos, só serão divulgados mantendo o anonimato do informante.

O banco de dados da pesquisa será guardado com a própria pesquisadora e esclarecendo ainda que, a pesquisa não oferece risco à integridade física e/ou moral, sua identificação será resguardada e os dados coletados serão mantidos em sigilo, designando-se apenas para fins de pesquisa.

Sendo assim, encontro-me disponível para prestar qualquer esclarecimento adicional no tel. (67) 3318 1600 ou no endereço da Secretaria de Estado de Saúde – Avenida do Poeta – Bloco VII – Parque dos Poderes, ou caso deseje informações adicionais entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP pelo tel.: (21) 2598-2863 ou no endereço Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinho – Rio de Janeiro CEP 21041-210.

Estando suficientemente esclarecido sobre a pesquisa e concordando em participar, peço-lhe que assine abaixo.

(uma via permanecerá com o(a) Senhor(a).)

Obrigada,

Campo Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

Solange Gloria de Oliveira  
Mestranda em Saúde Pública  
ENSP/FIOCRUZ

De acordo \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### QUESTIONÁRIO

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. Hora \_\_\_\_h / \_\_\_\_m\_

Número do questionário: \_\_\_\_\_

1. Sexo; 1. F ( ) 2.M ( )

2. Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

3. Idade \_\_\_\_\_anos

4. Raça/cor: 1.  Branca 2.  Parda 3.  Preta 4.  Amarela 5.  Indígena

5. Profissão \_\_\_\_\_

5.1. Procedência \_\_\_\_\_

6. Situação conjugal?

1.  casado (a) / união consensual 2.  solteiro (a) 3.  Viúvo (a)

4.  separado (a)/ divorciado (a)

7. Qual o grau de escolaridade?

1.  Analfabeto 2.  Fundamental incompleto

3.  Fundamental completo 4.  Médio incompleto

5.  Médio completo 6.  Superior incompleto

7.  Superior completo

7. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? \_\_\_\_\_

8. Qual a renda familiar (somando todos os salários das pessoas de sua família que trabalham e outros rendimentos como bolsa família, pensões, aluguéis, etc..)? R\$

\_\_\_\_\_ (em reais)

9. O (a) Sr(a) utilizou os serviços de urgência e emergência desta unidade de pronto socorro nos últimos 12 meses?

1.  SIM 2.  NÃO Caso responda não, pule para a questão 11

10. Quantas vezes? \_\_\_\_\_

11. Existe uma Unidade Básica de Saúde perto de sua casa?

1.  SIM, qual? \_\_\_\_\_ 2.  NÃO

12. Você recebe visita na sua residência de alguma equipe de saúde da família ou PACS?

1.  SIM Qual? \_\_\_\_\_ 2.  NÃO, pule para a questão 14.

13. qual (ais) o(s) profissional (ais) que visitam sua residência?

1.  Agente comunitário de saúde 2.  Enfermeiro

3.  Médico 4.  Auxiliar de enfermagem

14. Por que você veio ao Pronto Socorro?

1. Hipertensão 2. Diabetes

R: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Procurou alguma Unidade Básica de Saúde antes de vir ao pronto socorro?

1.  SIM 2.  NÃO, pule para a questão 17

16. Qual? \_\_\_\_\_

17. Você faz acompanhamento do seu problema de saúde na Unidade Básica?

1.  SIM 2.  NÃO, pule para a questão 19

17.1 Se SIM qual é a Unidade \_\_\_\_\_

17.2 Se SIM em qual programa está inscrito \_\_\_\_\_

17.3 Qual a data da última consulta? \_\_\_\_\_

18. Faz uso contínuo de algum medicamento?

1.  SIM 2.  NÃO Caso responda não, pule a questão 21

19. Se SIM, qual (ais) medicamento(s)? \_\_\_\_\_

---

20. O(a) Sr(a) está participando de algum grupo de apoio de tratamento da hipertensão/diabetes na Unidade Básica de Saúde?

1.  SIM, qual? \_\_\_\_\_ 2.  NÃO

21. O(a) Sr. (a) segue alguma dieta específica?

1.  SIM, qual? \_\_\_\_\_ 2.  NÃO

22. O(a) Sr. (a) pratica alguma atividade física regular?

1.  SIM, qual? \_\_\_\_\_ 2.  NÃO

23. O(a) Sr.(a) faz algum outro tipo de tratamento (chá, remédios caseiros e outros)?

1.  SIM, qual? \_\_\_\_\_ 2.  NÃO