
Contribuição da ESF no controle de doenças crônicas não transmissíveis

Contribution of the control FHS chronic noncommunicable diseases

Lucas Vieira Jardim¹, Daniella Navarro¹

¹Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Adventista de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil.

Resumo

Trata-se de uma revisão da literatura sobre a contribuição da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o controle das doenças crônicas não transmissíveis. Assim, o objetivo desse estudo foi identificar a contribuição da ESF no controle e redução da morbimortalidade por hipertensão arterial, diabetes mellitus e câncer de colo de útero nos últimos doze anos. A busca dos artigos realizou-se por meio de consulta à Biblioteca Virtual em Saúde, sites do Ministério da Saúde e relacionados ao tema; sendo consideradas as publicações em português e compreendidas entre 2002 e 2014. Foram incluídos oito artigos no estudo, que em sua maioria avaliavam o impacto da ESF na assistência aos portadores de hipertensão arterial. Com base nos dados obtidos pôde-se observar que, ao longo dos anos, a ESF logrou êxitos no que se refere à melhoria na cobertura da população assistida, acesso aos serviços, controle das doenças transmissíveis e redução da mortalidade infantil. Todavia, não sendo evidenciadas melhorias significativas quanto ao controle das DCNT e redução dos seus agravos. Para a maioria dos autores investigados a ESF não provocou ainda uma mudança efetiva no modo de produzir saúde como é proposto em seu arcabouço teórico. Contudo fica evidente a relação entre processo de trabalho e os resultados alcançados com a ESF, demonstrando o potencial que a mesma tem para contribuir neste sentido, sobretudo, quando há evidências de que a ESF consegue melhores resultados quando comparada ao modelo tradicional de Atenção à Saúde.

Descritores: Estratégia saúde da família; Doença crônica; Avaliação em saúde; Indicadores básicos de saúde

Abstract

This is a review of the literature on the contribution of the Family Health Strategy (FHS) for the control of chronic noncommunicable diseases. The objective of this study was to identify the contribution of the FHS in the control and reduction of morbidity and mortality from hypertension, diabetes mellitus and cervical cancer in the last twelve years. The search for articles was performed by querying the Virtual Health Library, Ministry of Health websites related to the topic; considering the publications in Portuguese and between 2002 and 2014 eight articles were included in the study, which mostly assessed the impact of FHS in assisting with hypertension. Based on the data obtained it was observed that, over the years, the FHS was able successes with regard to the improvement in the coverage of assisted population, access to services, control of communicable diseases and reducing child mortality. However, not being evidenced significant improvements in the control of NCDs and reduce their grievances. For most authors investigated the ESF has not yet caused a change in the effective way to produce health as proposed in his theoretical framework. However it is evident the relationship between work process and the results achieved with the FHS, demonstrating the potential that it has to contribute to this, especially when there is evidence that the FHS obtains better results when compared to the traditional model of Health Care.

Descriptors: Family health strategy; Chronic disease; Health evaluation; Health status indicators

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem um grupo de morbidades que se caracterizam por apresentar, de modo geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam diferentes graus de incapacidade ou óbito. São representadas principalmente pelas doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas, as quais vêm ocupando grande espaço no perfil de morbimortalidade das populações¹.

Estudos recentes demonstram que cerca 63% do total de óbitos no mundo foram relacionadas às DCNT. As mesmas são responsáveis por uma taxa de 5 e 9 vezes maior de morte prematura do que as doenças transmissíveis e taxas 10 e 5 vezes maiores de incapacidade em homens e mulheres respectivamente¹⁻². Em 2001, as DCNT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema

Único de Saúde³⁻⁴. No Brasil, em 2007, aproximadamente 72% das mortes foram atribuídas às DCNT⁵.

Há mais de três décadas as entidades governamentais e não governamentais reconhecem a relevância desse grupo de doenças no contexto mundial. Inicialmente nos países industrializados e mais recentemente, na última década, diversos estudos internacionais apontam um deslocamento da epidemia de doenças crônicas, das economias industrializadas em direção aos países menos desenvolvidos representando uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano⁴⁻⁵.

Aproximadamente 80% dos óbitos por DCNT ocorreram em países de baixa ou média renda, com 29% dos óbitos em adultos com menos de 60 anos, enquanto naqueles de alta renda esse percentual era de apenas 13%. O impacto socioeconômico das DCNT está ameaçando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio, incluindo a redução da pobreza, a equidade, a estabilidade econômica e a segurança humana, po-

dendo atuar como um freio no próprio desenvolvimento econômico das nações⁶⁻⁸.

Para a Organização Mundial da Saúde¹ (OMS, 2005) a preponderância das DCNT nas causas de mortalidade globalmente e o compartilhamento de seus fatores de risco com os de outras doenças crônicas nortearam a formulação de estratégias preventivas para o enfrentamento das doenças desse grupo. Gestores e pesquisadores em todo mundo têm considerado a gestão das doenças crônicas uma questão de suma importância e, nesse ínterim, buscam implementar ações estratégicas efetivas para dirimir esses agravos⁷.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) publicou em 2008 um documento descrevendo as principais Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de DCNT, dentre outras: Fortalecimento dos Sistemas de Vigilância em Saúde para o Cuidado Integral de DCNT; Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde no Cuidado Integral de DCNT; Fortalecimento e Reorientação dos Sistemas de Saúde para o Cuidado Integral de DCNT⁹.

No que se refere ao Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde no Cuidado Integral de DCNT fica evidente o importante papel que a Atenção Básica e, sobretudo a Estratégia Saúde da Família (ESF) têm neste processo, uma vez que as práticas na ESF são pautadas pelo trabalho interdisciplinar, à programação e à implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde e pelo desenvolvimento de ações intersetoriais viabilizando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco relacionados nos territórios sobre responsabilidade das equipes⁹⁻¹⁰. Cabe às equipes da ESF elaborar plano de saúde local baseado no diagnóstico de saúde da população e executar ações de vigilância em saúde, atuando no controle de doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo a hipertensão, diabetes e câncer ginecológico (colo de útero e mama)¹¹.

Desde a sua implantação, ESF tem demonstrado inúmeros avanços na assistência principalmente no que diz respeito à oferta de ações de saúde, ao acesso e uso dos serviços e no decréscimo nas taxas dos indicadores de óbitos por doenças infectoparasitárias e mortalidade infantil, assim como nas internações por causas diarreicas¹²⁻¹⁴. Há evidências de que os impactos positivos da ESF sobre muitos indicadores são sustentados ao longo dos anos.

Em estudo realizado pelo MS observou-se que os efeitos mais significativos sobre os indicadores analisados na pesquisa se mostraram nos locais de maior cobertura e menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); e, por conseguinte, demonstrou maior cobertura nos municípios com menor IDH aproximando os indicadores desses municípios aos de outros com IDH mais elevados¹⁵.

Contudo, quanto ao controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, constatou-se que houve declínio na taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na população com idade ≥ 40 anos em praticamente todos

os extratos de cobertura, com maior proporção média anual nas faixas com IDH médio e alto. Essa queda também ficou evidente nas taxas de internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) mesma faixa etária, sendo mais acentuada no extrato de maior cobertura da ESF¹⁵, demonstrando que não houve correlação direta entre a expansão da ESF e redução das hospitalizações decorrentes das complicações da HAS e DM. As taxas de hospitalização decorrentes das DCNT continuam elevadas e interferir nessas taxas é um grande desafio para a ESF¹³⁻¹⁴.

Diante disso, tendo em vista a relevância da ESF nas políticas da Atenção Primária em Saúde (APS), especialmente promoção de saúde e prevenção de agravos é que se propõe abordar o impacto da ESF no controle das DCNT, sobretudo hipertensão, diabetes e câncer de colo de útero, por isso o presente estudo se justifica.

Sob esta ótica o estudo foi orientado pela seguinte questão de pesquisa: A implementação da ESF contribui para o controle e a redução da morbimortalidade relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis? Dentro deste contexto o objetivo deste estudo é identificar a contribuição da ESF no controle e redução da morbimortalidade da hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e câncer de colo de útero.

Revisão da literatura

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de um levantamento bibliográfico. Utilizou-se a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e publicações do Ministério da Saúde. A busca foi realizada utilizando-se os descritores em ciências da saúde: Programa Saúde da Família, Indicadores Básicos de Saúde, Doenças Crônicas e Avaliação em Saúde. Sendo considerados os artigos publicados em português no período compreendido entre 2002 e 2014.

Foram incluídos oito artigos no estudo. Seis dos artigos investigados nesse estudo avaliaram o impacto da ESF na assistência aos portadores de hipertensão arterial. Referente à assistência ao câncer de colo uterino e diabetes apenas dois artigos foram encontrados.

Pesquisa realizada em três municípios de grande porte no Rio de Janeiro¹⁶ avaliou a influência da ESF sobre indicadores de saúde demonstrando que houve correlação negativa entre a evolução da Saúde da Família e frequência de internações por DCNT, ou seja, no período estudado não houve redução significativa nos indicadores referentes às hospitalizações por DM e HAS. Esses resultados também foram constatados em outras publicações já citadas no presente estudo¹³⁻¹⁴.

Rabetti e Freitas¹⁷ avaliaram, com base em dados secundários, 66 municípios de pequeno porte em Santa Catarina tendo a ESF como a única forma de modelo de Atenção Primária para toda a população e, concluíram que 41 (62,2%) deles foram ineficientes quanto à produção de serviços relacionados à HAS. Esta ineficiência refere-se à produção de três tipos de serviços: vinculação do usuário, atendimento individual e visita

domiciliar. Todavia, os autores citam que devido a algumas limitações inerentes ao estudo, o município é considerado ineficiente para uma ação específica e não para a atuação da ESF como um todo¹⁶⁻¹⁷.

Batista, Marcon e Souza¹⁸ na busca por identificar a cobertura da assistência prestada pelas equipes de saúde da família às pessoas falecidas por doenças cerebrovasculares no município de Maringá-PR, o qual possuía 84% da população coberta pela ESF em 2004, revelaram em seus resultados baixa cobertura com apenas 33,3% de cadastramento na ficha A. Essa baixa cobertura cadastral sugere que o processo de trabalho na ESF não se orienta pelo princípio da vigilância o que implica num acompanhamento ineficaz dos grupos de risco, nesse caso os hipertensos.

No ano de 2010 em pesquisa realizada em Blumenau-SC¹⁹ verificou-se que 53% dos indivíduos hipertensos estudados qualificaram-se como não aderentes ao tratamento, tendo como fatores associados a cor preta-parda, ter outras doenças associadas, não praticar atividade física e não adesão medicamentosa. Uma das maiores dificuldades identificadas na assistência integral aos doentes crônicos é a não-adesão ao tratamento, uma vez que a efetividade terapêutica exige trabalho em equipe, esforço dos profissionais de saúde e auxílio de recursos tecnológicos disponíveis, é essencial, a participação colaborativa do portador da doença no cuidado de si⁸. Houve ainda um predomínio de 44% de DM associado com HAS e, devido aos inúmeros aspectos comuns às duas enfermidades, dentre os quais: etiopatogênia, cronicidade, acompanhamento por equipe multidisciplinar, importância do tratamento não medicamentoso e difícil adesão ao tratamento, torna-se relevante e oportuna a abordagem conjunta dessas patologias²⁰⁻²¹.

O estudo conclui afirmando que a assistência prestada pela ESF nesse município¹⁹ parece seguir a “regra das metades”: metade dos indivíduos toma seus remédios e destes, metade tem sua pressão arterial controlada. Sugerindo assim que o cuidado prestado pelas equipes de saúde da família não contribuiu para melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento na população estudada.

No entanto, uma pesquisa realizada na cidade de Salvador²² ao avaliar o controle pressórico dos usuários de uma UBS, analisando o perfil de risco cardiovascular e socioeconômico por meio de informações colhidas nos prontuários e fichas A, constatou-se que do início ao final do período avaliado houve um significativo aumento no percentual de normatização da pressão arterial dos indivíduos acompanhados. Esses resultados indicam a eficácia da atuação da ESF evidenciada pela redução estatisticamente significativa na pressão arterial. Demonstrando assim, o quanto o programa pode ser eficiente.

Mano e Pierin²³ obtiveram resultados semelhantes ao comparar dois grupos de pacientes hipertensos, sendo um assistido pelo PSF e o outro pelo programa tradicional. Ambos os grupos apresentaram redução entre as pressões iniciais e finais, entretanto, os indivíduos

acompanhados pelo PSF tiveram uma redução mais significativa e em menor tempo que os do programa tradicional. Por fim, concluíram que há necessidade de melhor integração multidisciplinar e melhora na organização das funções e atividades dos profissionais do PSF com o programa tradicional.

Estudos do MS^{11,15} ressaltam que, nas últimas décadas, houve uma queda da mortalidade por câncer do colo do útero principalmente nas capitais brasileiras e nas regiões mais desenvolvidas, em função da ampliação do acesso e da melhoria de qualidade do exame preventivo ginecológico. E, por fim, observa-se ainda que o Brasil apresenta uma das mais altas incidências de câncer do colo do útero no do mundo.

Um estudo o qual avaliou o rastreamento do câncer do colo do útero no período de 2001-2007²⁴, relatou aumento na frequência de exames de papanicolaou com intervalo de dois anos. Tendeu a aumentar também exames com intervalo de 3⁴ a 5 anos, sendo que a maior frequência foi no ano de 2007. Houve diminuição dos exames realizados com intervalo maior que cinco anos e exames realizados pela primeira vez. Os percentuais de exames em excesso variaram entre 61,2% em 2002 e 65,5% em 2005, perfazendo quase dois terços do total de exames realizados. Mesmo com a implantação da ESF o município estudado manteve o padrão oportunístico de rastreamento do câncer de colo uterino. Um percentual superior a 50% das mulheres que fazem o exame citológico, realizam-no ainda com periodicidade anual.

Considerando que as normas do Ministério da Saúde preconizam periodicidade trienal, a cobertura prioritária corresponde ao percentual de mulheres que fizeram pelo menos um exame nos últimos três anos. Desta maneira o rastreamento poderia se tornar mais efetivo.

Discussão

Com base nos resultados obtidos nesse estudo, pôde-se observar os êxitos que a ESF conseguiu ao longo desses anos de implantação e consolidação no que se refere à melhoria na cobertura da população assistida, acesso aos serviços, controle das doenças transmissíveis e redução da mortalidade infantil^{11-13,15} não foi evidenciado no que se refere ao controle das DCNT e redução dos agravos decorrentes^{16,20}. A maioria dos autores dos estudos incluídos nesta revisão apontam que a implementação da ESF não provocou ainda uma mudança efetiva no modo de produzir saúde como foi proposto em seu arcabouço teórico^{15-19,21-22}.

As DCNT, por suas características já apontadas exigem uma abordagem ampliada de atenção à saúde como proposto pelas diretrizes do Ministério da Saúde como atenção em equipe multiprofissional, intervenções em fatores de risco e nos determinantes sociais desses agravos e parece, com base nos resultados deste estudo que os municípios e equipes estudadas não conseguiram implementar mudanças nas práticas de atenção à saúde que caminhassem neste sentido.

Contudo, o estudo de Araújo e Guimarães²² aponta que houve melhora significativa dos níveis pressóricos de usuários acompanhados por equipes de ESF o que evidencia o potencial que a ESF tem de provocar impactos positivos sobre o controle desses agravos e sobre os indicadores de mortalidade decorrente da HAS e DM. Para esses autores as equipes da ESF exercem potencial influencia sobre o controle da hipertensão arterial independentemente das diferenças e características que possam existir nas mais diferentes localidades do Brasil. E, segundo Roncalli e Lima²⁵, Silva *et al.*²⁶ e Oliveira *et al.*²⁷ os resultados da ESF são diretamente influenciados pelo modo como o programa é implementado em cada município.

Conclusão

Assim, apesar dos resultados dos estudos incluídos neste artigo apontarem que a ESF não contribui de modo significativo para o controle e redução da mortalidade por DCNT, fica evidente a relação entre processo de trabalho e os resultados alcançados com a ESF, demonstrando o potencial que a mesma tem para contribuir neste sentido, sobretudo, quando há evidências de que a ESF consegue melhores resultados quando comparada ao modelo tradicional de Atenção à Saúde.

Por fim, mesmo considerando as possíveis limitações metodológicas deste estudo, os resultados aqui obtidos podem auxiliar no direcionamento de investigações futuras. Percebe-se que há, ainda, a necessidade de estudos subsequentes que envolvam investigações mais profundas e específicas referentes ao impacto da Estratégia de Saúde da Família sobre as DCNT.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção de Doenças Crônicas um Investimento Vital. Geneva: 2005.
2. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(Supl):126-34.
3. Organização Mundial da Saúde. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. São Paulo: Roca; 2004.
4. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 9(4):833-40, 2004.
5. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, *et al.* Saúde no Brasil 4: Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet.* 2011;377.
6. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(Supl):126-34.
7. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatr. Gerontol.* 2011;14(4):779-86.
8. Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento a doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(4):647-53.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Brasília-DF, 2008.
10. Guedes JS, Santos RMB, Lorenzo RAV. A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). *Saúde Soc.* 2011;20(4):875-83.
11. Ministério da Saúde (BR). Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília-DF, 2011.
12. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(4):809-19.
13. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública.* 2009;25(6):1337-49.
14. Rehem TCMSB. Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos (tese doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: 2011.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil – uma análise de indicadores selecionados, 1998 a 2004. Brasília-DF, 2008.
16. Magnago C, Pierantoni, CR, França T, Garcia, AC, Ney M, Matsumoto K. A Influência da estratégia saúde da família sobre indicadores de saúde em municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Online Braz. J Nurs.* 2011;10(1):tab, ilus.
17. Rabetti AC, Freitas SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(2):258-68.
18. Baptista EKK, Marcon SS, Souza RKT. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):225-9.
19. Helena ETS, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2010;19(3):614-26.
20. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Viana LMM. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia Saúde da Família. *Rev Rene.* 2011;12(n. esp.):930-6.
21. Paiva DCP, Bersusa APS, 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. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(2):377-85.
22. Araujo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saúde Públ.* 2007; 41(3):368-74.
23. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(3):269-75.
24. Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(2):383-90.
25. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2013;18(1):221-32.

26. Roncalli AG Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. Ciênc & Saúde Coletiva. 2006;11(3):713-24.

27. Oliveira HM, Gonçalves MJF, Pires ROM. Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Amazonas: Análise da Implantação e Impacto. Cad Saúde Pública. 2011;27(1):35-45.

Endereço de correspondência:

Lucas Vieira Jardim
Av. Princesa Isabel, 71 – Jd. Sta Cruz
Salto-SP, CEP 13323-530
Brasil

E-mail: lucas-v-j@hotmail.com

Recebido em 6 de outubro de 2014
Aceito em 9 de maio de 2017