

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS EM SAÚDE**

BRUNA MARCELA GOMES REMÍGIO

**IMPLEMENTAÇÃO DO CADASTRAMENTO E
ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
PELO SISTEMA HIPERDIA NA UNIDADE DE SAÚDE BOA
VISTA DO MUNÍCIPIO DE ARCOVERDE – PE.**

**RECIFE
2012**

BRUNA MARCELA GOMES REMÍGIO

**IMPLEMENTAÇÃO DO CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS PELO SISTEMA HIPERDIA NA UNIDADE DE
SAÚDE BOA VISTA DO MUNÍCIPIO DE ARCOVERDE – PE.**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Annick Fontbonne Brayner

RECIFE
2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R378i Remígio, Bruna Marcela Gomes.

Implementação do Cadastramento e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos pelos Sistema Hiperdia na Unidade de Saúde Boa Vista do Município de Arcoverde - PE / Bruna Marcela Gomes Remígio. - Recife, 2012. 33 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Orientadora: Annick Fontbonner Brayner.

1. Hipertensão. 2. Diabetes. 3. Atenção Primária à Saúde. 1. Brayner, Annick Fontbonner.

BRUNA MARCELA GOMES REMÍGIO

**IMPLEMENTAÇÃO DO CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS PELO SISTEMA HIPERDIA NA UNIDADE DE
SAÚDE BOA VISTA DO MUNÍCIPIO DE ARCOVERDE – PE.**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Dr^a Idê Gomes Dantas Gurgel
NESC/CPqAM/FIOCRUZ-PE

Dr^a Annick Fontbonne Brayner
IRF França

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus e a minha família que me apoiou em todos os momentos, a minha orientadora que ajudou nessa construção e aos amigos que me deram força e me ajudaram direto ou indiretamente nessa conquista.

AGRADECIMENTOS

À Deus que tudo pode e faz para meu crescimento espiritual, acadêmico e profissional.

A minha família, que em nome dos meus pais, Da Paz e Luiz Carlos, e da minha irmã Sílvia Renata, agradeço a todos, por tudo que significam em minha vida.

À Orientadora Annick pela ajuda na condução e viabilização deste trabalho.

Aos enfermeiros do Hospital Memorial Arcoverde, por estarem dispostos a ajudar durante minhas ausências.

À Prefeitura Municipal de Arcoverde-PE pela liberação e apoio, na pessoa do Secretário de Saúde o Dr. Adilson Valgueiro.

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães através dos Coordenadores, Professores e seu técnico Semente que participou de todo processo.

REMÍGIO, Bruna Marcela Gomes. **Implementação do Cadastramento e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos pelo Sistema Hiperdia na Unidade de Saúde Boa Vista do Município de Arcoverde – PE.** Plano de Intervenção – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz Recife, 2012.

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo contemporâneo, sendo que dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus desempenham papel preponderante, realidade que incita gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde a efetivar ações que visem o controle dessas doenças. Neste sentido, o presente trabalho objetiva propor melhorar do cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde Boa Vista do município de Arcoverde-PE. Busca-se assim garantir maior eficiência na adesão e acompanhamento dos usuários, através da busca ativa e efetiva dos agentes comunitários de saúde, do controle da pressão arterial e glicemia, aumentando a efetividade do Programa Hiperdia.

Palavras- Chave: Hipertensão; Diabetes; Atenção Primária à Saúde.

REMIGIO, Marcela Bruna Gomes. **Implementation of Registration and Monitoring System by Diabetic and Hypertensive Hiperdia in Boa Vista Health Unit of the Municipality Arcoverde - PE.** Intervention plan - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation Recife, 2012

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality in the contemporary world, and among the risk factors for the development of such diseases, hypertension and diabetes mellitus play a preponderant role, a reality that encourages managers and employees of the Unified Health System effective actions aimed at controlling these diseases. In this sense, this work intends to propose to improve the registration and monitoring of hypertension and diabetes in the Health Unit of the city of Boa Vista Arcoverde-PE. The aim is thus to ensure greater efficiency and compliance monitoring of users, through active and effective agents of community health, control of blood pressure and glucose levels, increasing the effectiveness of the Program Hiperdia.

Keywords: Hypertension, Diabetes, Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ACS's | Agentes Comunitários de Saúde |
| CAPAS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEO | Centro de Especialização Odontológicas |
| CONASES | Conselho Nacional de Secretários Municipal de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CTA/COAS | Centro de Testagem e Aconselhamento |
| DATASUS | Banco de Dados do Sistema Único de Saúde |
| DCNT | Doenças Crônicas não Transmissíveis |
| DCU | Doenças Cardiovasculares |
| DM | Diabetes Mellitus |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HIPERDIA | Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos |
| MEC | Mobilização, Educação e Comunicação |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| PNI | Programa Nacional de Imunização |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde Familiar |

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 13 |
| 2.1 | Hipertensão Arterial Sistêmica (hás) | 13 |
| 2.2 | Diabetes | 15 |
| 2.3 | Sistema Hiperdia | 18 |
| 3 | OBJETIVOS | 20 |
| 3.1 | Objetivo Geral | 20 |
| 3.2 | Obejtivos Específicos | 20 |
| 4 | PLANO OPERATIVO | 21 |
| 5 | ARCOVERDE: ANALISE SITUACIONAL ATUAL | 23 |
| 5.1 | Total de hipertensos e diabéticos cadastradas no SIAB | 23 |
| 5.2 | Total de hipertensos e diabéticos cadastrados no HIPERDIA | 23 |
| 5.3 | Total de hipertensos e diabéticos cadastrados, segundo levantamento de dados nos prontuários na USF – Boa Vista por Agente Comunitário de Saúde | 24 |
| 6 | DIRETRIZES | 25 |
| 7 | METAS | 26 |
| 8 | ESTATEGIAS | 27 |
| 9 | RESULTADOS ESPERADOS | 28 |
| 10 | ASPECTOS OPERACIONAIS | 29 |
| 11 | ESTRUTURA / INSUMOS | 30 |
| 12 | ASPECRTOS ÉTICOS | 31 |
| 13 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| | REFERÊCIAS | 34 |

1 INTRODUÇÃO

A HAS e o DM são condições inicialmente assintomáticas, altamente prevalentes, de alto custo social e de grande impacto no perfil de morbimortalidade da população brasileira, trazendo um desafio para o sistema público de saúde, sendo que a cronicidade dessas condições torna este desafio ainda maior. Pensando nisto, em 2002 foi desenvolvido, pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e outras instituições relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM), o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (CASTRO et al, 2010).

O Plano é uma estratégia que visa aumentar a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus através da reorganização da Rede Básica dos Serviços de Saúde/SUS, dando-lhes resolutividade e qualidade no atendimento e tem como objetivo reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento e os gastos com tratamento de complicações, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular, com a consequente melhoria da qualidade de vida da população. Já que a identificação precoce e oferta de assistência e acompanhamento adequados aos portadores de HAS e DM e o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde, em especial com as unidades de Saúde da Família, são elementos indispensáveis para o sucesso do controle desses agravos, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS associado às doenças crônicas (CASTRO et al, 2010).

Dentro das iniciativas do Plano, o Ministério da Saúde elaborou o HIPERDIA, que é um sistema de informação que permite cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) e que garante o recebimento dos medicamentos prescritos. Tem como principais objetivos permitir o monitoramento dos pacientes cadastrados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HAS e DM e gerar informações de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Além disso, é uma ferramenta útil que gera informações para os gestores de saúde e Ministério da Saúde a respeito do perfil epidemiológico da população, a fim de propor estratégias, visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (CASTRO et al, 2010).

Diante do que é proposto pelo HIPERDIA pretende-se identificar a cobertura e observar o que preconizam as portarias que o regem. A relevância desse estudo implica em subsidiar o planejamento de ações da atenção básica voltadas ao controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, visto que a prevalência dessas doenças tem se mostrado crescente no Brasil (CASTRO et al, 2010).

A implantação deste plano de intervenção busca garantir maior eficiência e eficácia do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, pontuando e reavaliando as deficiências do sistema HIPERDIA, viabilizando e incorporando intervenções que atendam a comunidade assistida, quer seja em termos de necessidade individual quer seja coletiva, asseguradas nas determinações do SUS. Uma vez que vários estudos demonstram que a maior parte dos pacientes com diagnóstico de hipertensão apresenta uma baixa adesão ao tratamento, indicando uma baixa efetividade das ações de controle dessa doença no país (CASTRO et al, 2010).

Dentre essas ações, o sistema HIPERDIA vem sendo pouco acompanhado e alimentado, resultando numa fragmentação dos trabalhos e numa evidente descontinuidade das atividades entre os profissionais da USF- Boa Vista. Foi constatado que as fichas de cadastramento são preenchidas na USF - Boa Vista, enviadas para Secretaria de Saúde e nem todas estão sendo cadastradas no Sistema Hiperdia pelo digitador; como também a quantidade de Diabéticos e Hipertensos cadastrados no SIAB não é a mesma encontrada nos prontuários na USF- Boa Vista que são cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde. Como forma de melhorar o cadastramento e acompanhamento do Hiperdia será implantado o monitoramento na USF- Boa Vista.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção. Observa-se tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. (V DIRETRIZES BRASILEIRA DE HERTENSÃO, 2006)

A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão, teve redução anual das taxas ajustadas por idade de 1,5% para homens e 1,6% para mulheres. O conjunto das doenças do coração, hipertensão, doença coronária e insuficiência cardíaca também tiveram taxas anuais decrescentes de 1,2% para homens e 1,3% para mulheres. No entanto, apesar do declínio, a mortalidade no Brasil ainda é elevada em comparação a outros países, tanto para doença cerebrovascular como para doenças do coração. Entre os fatores de risco para mortalidade, hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg (V DIRETRIZES BRASILEIRA DE HERTENSÃO, 2006).

2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das mais graves doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), presente em praticamente todos os estratos sócio econômicos no mundo (OLIVEIRA, 2011).

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública e uma das doenças crônicas responsáveis por expressivas taxas de internação, custos elevados com a morbimortalidade associada à doença e comprometimento da qualidade de vida para os portadores (DALLACOSTA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, hipertensão arterial é quando a pressão que o sangue faz na parede das artérias para se movimentar é muito forte, resultando em um valor igual ou maior que 140/90mmHg (DALLACOSTA, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HERTENSÃO, 2010).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (BRASIL, 2010). A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007 (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HERTENSÃO, 2010).

Existem dois tipos de hipertensão arterial: a primária, que se caracteriza por não haver uma causa conhecida, e a secundária, na qual é possível identificar uma causa para a hipertensão, por exemplo, tumores (feocromocitoma), problemas renais, problemas na artéria aorta e algumas doenças endócrinas. Estima-se que 95% das pessoas tenham a forma primária e apenas 5%, a forma secundária (DALLACOSTA, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009), é a doença crônica degenerativa mais comum e com maior chance de desenvolver complicações, como Acidente Vascular Cerebral, Infarto do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca (BRASIL, 2006).

O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida. Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes,

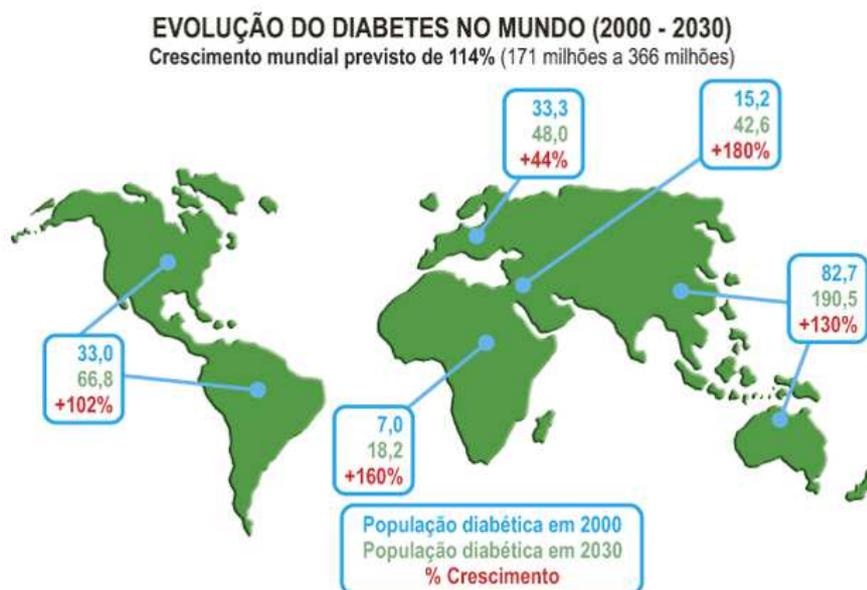
dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006)

2.2 Diabetes

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

O diabetes é comum e de incidência crescente. Estima-se que, em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL, 2006).

Porém, hoje existem amplas evidências sobre a viabilidade da prevenção, tanto da doença como de suas complicações crônicas. O número de indivíduos com DM dá uma idéia da magnitude do problema e estimativas têm sido publicadas para diferentes regiões do mundo, incluindo o Brasil. Em termos mundiais, 135 milhões apresentavam a doença em 1995, 240 milhões em 2005 e há projeção para atingir 366 milhões em 2030, sendo que dois terços habitarão países em desenvolvimento (1,2), como mostra a figura abaixo (FERREIRA, 2010).



World Health Organization. Diabetes programme. Facts and figures. Prevalence data.
http://www.int/diabetes/facts/world_figures/en/.

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias (BRASIL, 2006).

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda

de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (BRASIL, 2006).

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal (BRASIL, 2006).

Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes (BRASIL, 2006).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006).

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica cuja gravidade decorrente do mau controle metabólico leva às complicações crônicas tornando os meios para controlá-la muito onerosos, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, como também, para o sistema de saúde. Dessa forma, há necessidade de estabelecer políticas públicas voltadas para a criação de mecanismos que minimizem tanto o aparecimento quanto o agravamento da doença, com o intuito de reduzir os custos advindos da falta de detecção precoce e das complicações agudas e crônicas relacionadas às dificuldades de controle metabólico no DM (SANTOS; TEIXEIRA; SANTOS, 2011).

Nesse sentido, em 29 de setembro de 2007, entrou em vigor a Lei Federal nº 11.347/06, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e insumos necessários à aplicação de insulina e à monitorização da glicemia capilar aos usuários acometidos pela doença e inscritos em programas de educação em diabetes. Para detalhar e regulamentar a distribuição gratuita dos benefícios advindos da Lei Federal nº 11.347/06, a Portaria nº 2.583/07 definiu o elenco de

medicamentos e insumos disponibilizados aos usuários com DM, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, para que os direitos do usuário com DM, previstos na legislação, sejam assegurados, é necessário sua divulgação de modo a torná-los conhecidos pela população e profissionais de saúde (SANTOS; TEIXEIRA; SANTOS, 2011).

2.3 Sistema Hiperdia

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 (CASTRO et al, 2010).

A portaria nº 16/GM de 03 de janeiro de 2002, normatizou o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, estabelecendo a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação do programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Os objetivos do Plano foram desmembrados em quatro etapas previstas para implantação dessa grande estratégia: capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HAS e ao DM; campanhas de informação e identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis de vida; confirmação diagnóstica e início da terapêutica; e cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS e DM às unidades básicas de saúde. Cabe a União, Estados e Municípios a operacionalização do plano (GALINDO, 2010).

A portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002 instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, que é parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O Programa estabelece responsabilidades solidárias, inclusive financiamento, entre União, Estados e Municípios, com objetivos: de implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do cadastro nacional de portadores de hipertensão e diabetes; ofertar de maneira contínua para rede básica os medicamentos para hipertensão

(hidroclorotiazida 25mg, propranolol 40mg, captopril 25mg) e diabetes (glibenclamida 5mg, metformina 850mg e insulina); acompanhar e avaliar os impactos na morbimortalidade para estas doenças, decorrentes da implementação do Programa Nacional (GALINDO, 2010).

A portaria conjunta nº 02 de 05 de março de 2002 da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, disponibilizou para os municípios, no âmbito da atenção básica, um sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e diabetes melitus, o sishiperdia, sendo de responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde, o acompanhamento das informações a partir do instrumento disponibilizado em articulação com o Departamento de Informática do SUS - DATASUS (GALINDO, 2010).

O anexo da Portaria Conjunta nº 112, trata do Fluxo de Alimentação da Base Nacional do HIPERDIA, portanto, a alimentação da base de dados nacional do programa, por parte dos municípios que aderirem ao HIPERDIA deverá ser feita por intermédio do cadastramento dos usuários no Subsistema Centralizador Municipal do programa ou mediante a exportação de dados de aplicativo próprio, fazendo uso de layout de arquivo de exportação de dados padronizado pelo Sistema HIPERDIA (GALINDO, 2010).

Os quantitativos a serem adquiridos pelo Gestor Federal e distribuídos aos municípios deveriam ser baseados no número de pacientes cadastrados no Hiperdia. Criado para facilitar a operacionalização do programa e cuja responsabilidade pelo seu preenchimento é dos municípios. Ao gestor federal compete a sua manutenção e atualização periódica, de acordo com as necessidades do programa (CASTRO et al, 2010).

Para a realização do cadastro no programa HIPERDIA se faz necessário o preenchimento de um formulário, que é a ficha de cadastro contendo diversos dados. O paciente cadastrado é acompanhado mensalmente pelo profissional que preencherá um outro formulário, a ficha de acompanhamento, todas as vezes que ele retornar para consulta. É, por meio desses instrumentos, que serão alimentadas as informações do programa. Portanto, é necessário que os profissionais envolvidos na assistência compreendam a importância do preenchimento dessas fichas, pois eles se tornam peças chave para a obtenção de dados fidedignos, no final do processo (CASTRO, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar o cadastramento no sistema Hiperdia e o acompanhamento regular dos hipertensos e diabéticos da USF- Boa Vista, do município de Arcoverde.

3.2 Específicos Específicos

- Realizar as atividades de busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde nas suas microáreas dos faltosos para acompanhamento no Sistema Hiperdia na USF- Boa Vista;
- Permitir o uso adequado e correto do sistema de informação Hiperdia pelos profissionais da USF;
- Monitorar e otimizar o sistema de informação na Secretaria de Saúde;
- Realizar capacitação dos profissionais da USF- Boa Vista para atualização e capacitação na atenção à HAS e ao DM;
- Realizar campanhas de informação e identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis de vida nos clientes da USF- Boa Vista;
- Realizar confirmação diagnóstica pelo médico e início da terapêutica;
- Realizar cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS e DM na USF- Boa Vista;

4 PLANO OPERACIONAL

O trabalho será implantado no município de Arcoverde-Pe, situado no Estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil, distante 258 km do Recife, capital do estado. Localizado na mesorregião Sertão, microrregião Sertão do Moxotó e região de desenvolvimento sertão de Moxotó-Pajeú, o município tem como limites geográficos, ao Norte, o Estado da Paraíba, ao Sul os municípios de Buíque e Pedra, ao Leste o município de Pesqueira e ao Oeste o município de Sertânia. Arcoverde possui uma área territorial de 353 km² e apresenta uma população total de 68.793 habitantes (IBGE, 2010).



Fonte: IBGE, 2010.

A rede municipal de Assistência à saúde de Arcoverde abrange um Hospital e Regional com serviço nas especialidades médicas das clínicas básicas e atende toda a região, um Centro de Saúde da Mulher, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Laboratório de Citopatologia, um Centro de Atenção ao Idoso, um Centro de Especialidades Médicas, um Laboratório de Análises Clínicas, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Fisioterapia, dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Testagem e

Aconselhamento (CTA/COAS), além de 17 equipes de Saúde da Família, cobrindo 65% da população. No município existe ainda um Hospital Particular com diversas especialidades, uma rede credenciada de serviços complementares, como: Clínica de Hemodiálise que é credenciada pelo SUS e convênios, laboratórios de análises clínicas, clínicas de fisioterapia, exames de imagens.

A Vigilância à Saúde está estruturada num Centro de Vigilância à Saúde, sendo composta por quatro Departamentos (Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Programas Especiais) e um setor de Mobilização, Educação e Comunicação (MEC). O Departamento de Programas Especiais abrange os seguintes setores: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Programa Nacional de Imunização (PNI), Programa de Tuberculose, Programa de Hanseníase e o Laboratório de Saúde Pública.

Para conhecer a situação do cadastramento e acompanhamento do Sistema Hiperdia da USF- Boa Vista foi realizado um levantamento no Sistema de informações da Atenção Básica (SIAB) na Secretaria de Saúde, no cadastramento na USF por Agente Comunitário de Saúde e no Sistema HIPERDIA (no setor de digitação na Secretaria de Saúde).

Numa segunda etapa foi necessário descrever as responsabilidades individuais e conjuntas das atividades desenvolvidas pelos profissionais da USF-Boa Vista. Com base nestas informações foram produzidos protocolos com os fluxos de serviços com as responsabilidades de cada profissional no atendimento do agravo/doença priorizadas pelo Sistema Hiperdia.

Será criado um protocolo a ser aplicado na unidade básica de saúde. A execução do plano será realizada pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde (enfermeira, médica, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde). O monitoramento será realizado trimestralmente através de reunião na USF- Boa Vista para avaliar a adesão dos profissionais e cumprimento correto do protocolo, e avaliar se o Sistema Hiperdia está alcançando os resultados esperados.

5 ARCOVERDE: ANÁLISE DA SITUAÇÃO ATUAL

A implantação do Programa de Saúde na Família e a estruturação do acompanhamento da pessoa com hipertensão e diabetes no município foram elementos importantes no atendimento da Atenção Primária, entretanto as ações que vêm sendo realizadas não respondem aos processos determinantes para elevar o nível de saúde da morbimortalidade municipais.

No levantamento de dados do SIAB na Secretaria de Saúde encontramos o número de diabéticos e hipertensos residentes na área da USF- Boa Vista, Tabela 1.

5.1 Total de hipertensos e diabéticos cadastrado no SIAB.

Tabela 1. Número de diabéticos e hipertensos residentes na USF- Boa Vista no município de Arcoverde no ano de 2011, segundo banco de dados do SIAB – Secretaria Municipal de Saúde, Janeiro de 2012.

| Faixa Etária /Doenças | Diabéticos | Hipertensos |
|------------------------------|-------------------|--------------------|
| 0- 14 anos | 0 | 0 |
| 15 anos e mais | 70 | 251 |
| Total | 70 | 251 |

Fonte: SIAB/SMS

No levantamento de dados no cadastro do Hiperdia na Secretaria de Saúde da USF- Boa Vista foi encontrado uma pequena quantidade de pacientes cadastrados, Tabela 2.

5.2 Total de hipertensos e diabéticos cadastrado no HIPERDIA.

Tabela 2. Número de diabéticos e hipertensos cadastrados no HIPERDIA residentes na USF- Boa Vista no município de Arcoverde no ano de 2011, segundo banco de dados do HIPERDIA – Ministério da Saúde, Janeiro de 2012.

| Patologia | Quantidade de Pacientes cadastrados |
|------------------|--|
| Diabéticos | 07 |

| | |
|----------------------------|------------|
| Diabéticos com Hipertensão | 23 |
| Hipertensos | 70 |
| Total | 100 |

Fonte: HIPERDIA/SMS

No levantamento de prontuários na USF- Boa Vista foi encontrado uma maior quantidade de diabéticos e hipertensos cadastrados no Hiperdia, Tabela 3.

5.3 Total de hipertensos e diabéticos cadastrados, segundo levantamento de dados nos prontuários na USF – Boa Vista por Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 3. Número de diabéticos e hipertensos cadastrados no HIPERDIA residentes na USF- Boa Vista no município de Arcoverde no ano de 2011, segundo levantamento de dados nos prontuários na USF- Boa Vista por Agente Comunitário de Saúde, Dezembro 2011.

| ACS | HAS Cadastrados | HAS não Cadastrados | HAS com DM Cadastrados | HAS com DM não Cadastrados | DM Cadastrados | DM não Cadastrados | Total |
|--------------|--------------------|------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------|-----------------------|------------|
| 1 | 29 | 12 | 13 | 02 | 03 | 02 | 61 |
| 2 | 16 | 16 | 09 | 03 | 05 | 04 | 53 |
| 3 | 14 | 05 | 04 | 02 | 03 | 01 | 29 |
| 4 | 35 | 06 | 05 | 00 | 07 | 02 | 55 |
| 5 | 23 | 33 | 08 | 04 | 02 | 01 | 71 |
| Total | 117 | 72 | 39 | 11 | 20 | 10 | 269 |

Fonte: Prontuários/USF Boa Vista-2011

Na tabela 3 observa-se que os dados se aproximam mais dos dados da tabela 1, onde os mesmos são realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde. Na tabela 2 está evidenciado a grande diferença nos dados do Sistema Hiperdia que é cadastrado na Secretaria de Saúde pelo digitador comparando com as tabelas 1 e 3;

6 DIRETRIZES

- Realizar atualização no cadastramento do Sistema Hiperdia na USF- Boa Vista trimestralmente pelo Agente Comunitário de Saúde, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro;
- Estimular o médico para preencher a ficha de acompanhamento dos clientes para alimentação do sistema de informação;
- Estimular atualização do sistema na Secretaria de Saúde pelo digitador;
- Estimular os clientes portadores de hipertensão e diabetes a participarem do encontro mensal do grupo de Diabéticos e Hipertensos para palestras;
- Estimular a integração entre as ações da unidade de saúde e os usuários do programa;
- Estimular a vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de DM1 e HAS na USF- Boa Vista;

7 METAS

- Manter 90% da atualização do cadastramento na USF- Boa Vista;
- Manter 80% dos clientes cadastrados no Hiperdia na Secretaria de Saúde;
- Manter 80% dos hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados;
- Obter 80% da adesão dos pacientes ao programa;
- Manter 100% dos usuários do programa monitorados;
- Manter 100% a captação pelos ACS's dos pacientes faltosos;
- Atender 100% dos pacientes cadastrados no programa;

8 ESTRATÉGIAS

- Realizar cadastramento de pacientes novos no programa HIPERDIA em impresso específico e acompanhamento de todos os que já são cadastrados;
- Realizar reunião com o grupo de diabéticos e hipertensos para estimular o acompanhamento trimestral na USF, para observar a eficácia do tratamento e trocar a receita de entrega das medicações;
- Avaliar trimestralmente com os ACS's e o enfermeiro, o andamento do sistema Hiperdia, pois os mesmos terão como captar os não cadastrados e os faltosos;
- Realizar palestra educativa com o grupo de diabéticos e hipertensos com temas relacionados com as patologias, para que os mesmos tenham conhecimento de suas doenças (HAS e DM); e conseqüentemente tenham uma adesão ao tratamento e acompanhamento na USF;
- Realizar reunião com ACS's para priorizar atividades para captação dos diabéticos e hipertensos faltosos, e os mesmos farão um dia de visita para captar os faltosos em suas residências. Caso os mesmos tenham dificuldade, deverão marcar visita domiciliar da enfermeira para incentivar esses pacientes;
- Realizar atendimento médico para conduta terapêutica e troca de receita a cada 3 meses;

9 RESULTADOS ESPERADOS

- a) Produzir diagnósticos por microáreas;
- b) Esclarecer e definir as responsabilidades de atuação por formação técnica;
- c) Efetuar ações integradas na atenção à saúde;
- d) Estabelecer cooperação intersetorial para almejar resultados;
- e) Ter todos os diabéticos e hipertensos cadastrados e acompanhados pelo programa.

10 ASPECTOS OPERACIONAIS

| Atividades | 2012 | | | | | | |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set |
| 1. Utilizar recurso de monitoramento do sistema Hiperdia para mapear áreas de atuação. | X | X | X | X | X | X | X |
| 2. Reunião com Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Médico da Unidade de Saúde da Família – Boa Vista, esclarecendo a importância do preenchimento correto das fichas do Hiperdia. | X | | | | | | |
| 3. Reunião com os ACS's esclarecendo a abrangência de atuação no sistema Hiperdia | X | X | | | | | |
| 4. Instruir fluxo de trabalho na rotina (ACS / Equipe de saúde da família) | | | x | | | | |
| 5. Capacitação para agentes comunitários de saúde e profissionais de nível superior da USF- Boa Vista focando a importância do sistema Hiperdia nas ações de vigilância em saúde. | x | X | | | | | |
| 6. Criar fluxo de comunicação permanente entre a USF- Boa Vista e a Atenção Básica para complementação das ações. | | | x | | | | |
| 7. Acompanhar o Número de diabéticos e hipertensos residentes na USF- Boa Vista | X | X | X | X | X | X | x |
| 8. Acompanhar o Número de diabéticos e hipertensos cadastrados no sistema Hiperdia na USF- Boa Vista | X | X | X | X | X | X | x |
| 9. Definir junto com a atenção básica formas de avaliação e monitoramento | | | | X | | | |
| 10. Avaliação das ações | | | | X | | X | |

FONTE; REMÍGIO, 2012.

11 ESTRUTURA / INSUMOS

| Descrição do Item | Quantidade | Valor Unitário | Valor Total |
|---|-------------------|-----------------------|--------------------|
| Cadastramento de pacientes novos e acompanhamento dos cadastrados | 01 | 100.00 | 100.00 |
| Reunião com o grupo de diabéticos e hipertensos | 01 | 50.00 | 50.00 |
| Monitoramento trimestral com os ACS's | 03 | 50.00 | 150.00 |
| Palestra educativa com o grupo de diabéticos e hipertensos | 12 | 40.00 | 480.00 |
| Reunião com ACS's para priorizar atividades | 02 | 30.00 | 60.00 |
| TOTAL | 19 | 270.00 | 840.00 |

FONTE: REMÍGIO, 2012

12 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um plano de intervenção e utilizar dados de domínio público não terá implicações éticas.

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resolutividade da problemática saúde vai além das competências da gestão devido a sua complexidade, dimensão e fatores intercorrentes. Todavia, novas formas de abordagens das ações de rotina podem permitir que haja melhoria no atendimento da população e, conseqüentemente do processo de saúde como um todo. A integração das atividades da USF- Boa Vista e da Atenção Básica permitirá um entendimento da problemática real e as melhores formas de intervenção, com a participação de todos os envolvidos, com propostas articuladas para obtenção de melhores níveis de saúde e de um novo modelo de atenção.

Diante da realidade encontrada é necessário aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial e diabetes; cadastrar os clientes portadores de DM e HAS na USF- Boa Vista e encaminhar as fichas para cadastro na Secretaria de Saúde e certificar-se que está sendo realizado o mesmo, garantir acesso dos hipertensos e diabéticos a serviços básicos de saúde, com resolubilidade; e incentivar políticas e programas comunitários.

Nessa perspectiva, o primeiro passo é a educação em saúde na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver. Essa atividade educacional deve ser realizada de forma contínua por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, de modo a serem mantidas ao longo do tempo, assim como, desenvolver trabalhos em grupos pela equipe multiprofissional, de pacientes e equipes de saúde, os quais podem ser úteis para a troca de informações, favorecendo o esclarecimento de dúvidas e atenuando ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes.

Essas ações educativas devem ser desenvolvidas com os pacientes, seus familiares e a comunidade por meio de recursos que vão desde o contato individual até a utilização de fontes de informação coletiva, como folhetos, reuniões, palestras, peças teatrais, vídeos e músicas educativas.

Outro aspecto fundamental para o sucesso do programa é o treinamento de profissionais buscando sensibiliza-los para a importância do trabalho; como também a participação em projetos de pesquisa, e a criação de amigos de hipertensos

constituindo assim, estratégias que podem aumentar a adesão do paciente ao tratamento instituído.

Os hipertensos e diabéticos que abandonaram o programa devem ser contactados para a identificação dos elementos dificultadores e para nova inserção no atendimento; também deve ser realizado um fluxograma de atendimento e de informação aos pacientes sobre a rotina de atendimento, para maior compreensão e maior adesão; assim como reuniões entre equipes para a troca de experiências e desenvolvimento de estratégias para a melhoria de atuação junto aos pacientes.

Como a hipertensão e diabetes são doenças multifatoriais, que envolvem orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento poderá requerer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. Sendo assim, a formação de uma equipe multiprofissional irá propiciar essa ação diferenciada. O trabalho em equipe multiprofissional poderá dar aos pacientes e à comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações efetivas e permanentes, sendo assim poderá ser abordada uma maior quantidade de indivíduos que, com as diferentes abordagens, a adesão ao tratamento será nitidamente superior, o número de pacientes com pressão arterial e níveis glicêmicos controlados e adotando hábitos de vida saudáveis será conseqüentemente maior; tendo cada paciente como replicador de conhecimentos sobre tais hábitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 64, p. II, Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Portaria Conjunta nº 2, de 05 de março de 2002. Diário Oficial [da República Federativa de Brasil], Brasília: Ministério da Saúde, n. 44, S. 1, p. 91, 6 mar. 2002.

BRASIL. Portaria 371/GM, de 4 de março de 2002. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília: Ministério da Saúde, n. 44, S.1, p. 88, 6 mar. 2002.

BRASIL. Portaria Conjunta nº 112, de 19 de junho de 2002. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília: Ministério da Saúde, n. 117, S. 1, p. 60, 20 jun. 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. HIPERDIA. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807>. Acesso em: 17 janeiro, 2012

BRASIL. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão e Diabetes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnhd/acoes.php>>. Acesso: 17 janeiro, 2012.

CASTRO, Natércia Gomes de, et al. Hiperdia: Conhecimento da Cobertura do Programa no Maranhão, São Luís: Cad. Pesq, v. 17, n. 2, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/uploads/files/Artigo%209%20v17%20n2%283%29.pdf>>. Acesso em: 20 setembro, 2011.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; Dallacosta, Hotone. Nunes; Alessandra Daros. Perfil de Hipertensos Cadastrados no Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde. Unoesc & Ciência – ACBS, Joaçaba, v. 1, n. 1, p. 45-52, jan./jun. 2010.

Disponível em:

<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/125/pdf_3>. Acesso: 16 de janeiro, 2012.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouvêa. Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. São Paulo: E-Book, 2010.

Disponível em: <<http://www.diabetesebook.org.br/modulo-1/2-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>>. Acesso em: 02 de maio, 2012.

GALINDO, Alécio Jecem de Araújo. Avaliação do controle clínico de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Acompanhamento da Atenção Básica (Hiperdia) no município de Arcoverde – Pernambuco. Dissertação (mestrado profissional em saúde pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em:

<<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010galindo-aja.pdf>>. Acesso em: 16 novembro, 2011.

OLIVEIRA, Esmeran das Dores Santos de. Estado nutricional de hipertensos de uma estratégia de saúde da família do interior de Pernambuco, Brasil. Caruaru, FAVIP, 2011. 30 f. : il. Disponível em:

<<repositorio.favip.edu.br:8080/bitstream/123456789/.../TCC-+ESMERAN.pdf>>. Acesso em: 16 novembro, 2011.

SANTOS, E. C. B, et al. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com Diabetes mellitus: co-responsabilidades entre poder Público, profissionais de saúde e usuários, Enferm, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 461-70, jul/set, 2011.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão; São Paulo: Arq Bras Cardiol, 2006. Disponível em:

<<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>>. Acesso em: 17 de janeiro, 2012.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rio de Janeiro: Arq Bras Cardiol, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em:

<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf> Acesso em: 17 de janeiro, 2012.