

EDNA MARIA DA FONSECA

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE  
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Prof. Dra. Helena Hemiko Iwamoto

Belo Horizonte  
2010

EDNA MARIA DA FONSECA

# **REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Prof. Dra. Helena Hemiko Iwamoto

Banca Examinadora

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Aprovado em Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## RESUMO

FONSECA, E. M. Reorganização do Processo de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. 2010.21p. Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte - MG\*

O presente estudo tem como objetivo descrever a reorganização do processo de acompanhamento de usuários com hipertensão e diabetes em um centro de saúde do município de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo com a utilização de dados coletados e registrados no centro de saúde. A implantação de um arquivo rotativo e a inserção de usuários hipertensos e diabéticos em atividades educativas, voltadas à prática do auto cuidado, possibilitaram a reorganização do acompanhamento com melhoria da qualidade da assistência prestada a estes usuários.

Palavras chaves: Hipertensão; Diabetes; Reorganização; Práticas educativas; Arquivo rotativo

---

\*Orientadora: Professora Dra. Helena Hemiko Iwamoto – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

## ABSTRACT

FONSECA, E. M. Reorganization of the Process of Accompaniment of Hypertensions and Diabetics 2010.21p. Federal University of Minas Gerais – Belo Horizonte - MG \*

The present study it has as objective to describe the reorganization of the process of accompaniment of users with hypertension and diabetics in a center of health of the city of Belo Horizonte. One is about a descriptive and retrospective study with the use of data collected and registered in the health center. The implantation of a rotating archive and the insertion of hypertensions and diabetics users in educative activities, come back to the practical one of the auto care, make possible the reorganization of the accompaniment with improvement of the quality of the assistance given to these users.

Words keys: Hypertension; Diabetes; Reorganization; educational activities; Rotary file

---

\* Guide: Teacher Dr. Helena Hemiko Iwamoto - Federal University of the Mining Triangle

# SUMÁRIO

SUMÁRIO .....	04
1 INTRODUÇÃO.....	05
1.1 A questão Epidemiológica	
1.2 Modelo hegemônico e a reorientação das práticas educativas direcionadas a hipertensão e ao diabetes.....	05-06
1.3 O papel da equipe de saúde da família no tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos.....	07
1.4 Justificativa.....	08
1.5 Objetivo geral.....	09
1.6 Objetivo específico.....	09
1.7 Metodologia.....	10
2 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11-14
3 CONCLUSÃO.....	15
4 REFERÊNCIAS.....	16-18
5 ANEXOS.....	19-20
5.1 Anexo A.....	19
5.2 Anexo B.....	20
6 APÊNDICE .....	21

# REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Fonseca<sup>1</sup>, Edna Maria da

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A questão epidemiológica

De acordo com Lólio ( 1990), a prevalência da hipertensão arterial varia de país para outro, em função de diferenças nosológicas, biológicas e sociais, e também por causa dos diferentes métodos de estudos utilizados para a sua descrição.

No Brasil, 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos apresenta hipertensão arterial, e o mais grave, cerca de 85% dos acidentes vasculares cerebrais e 40% dos infartos do miocárdio estão associados a hipertensão (BRASIL, 2002).

As doenças crônicas não transmissíveis enquadram-se dentro de uma classe de doenças com proporções reais de uma pandemia. A hipertensão e o diabetes representam uma das principais causas de óbito em todo o país, em se tratando de doenças crônicas, sendo a desigualdade social uma das principais causas da dificuldade para combater e controlar o seu avanço nas esferas da saúde pública. Recentemente podemos incluir neste hall a migração dos usuários dos planos de saúde para o SUS, encharcando ainda mais o sistema num momento de transição de modelos (MAFFALTI, 2008).

### 1.2 Os modelos hegemônicos e a reorientação das práticas educativas direcionadas a hipertensão e ao diabetes

O modelo hegemônico estabelece uma relação assimétrica e autoritária (verticalizada) entre profissionais de saúde e usuários. Nesse modelo o usuário é considerado carente de informação em saúde, razão pela qual os profissionais, orientados pelo conhecimento técnico-científico, transmitem conteúdos em massa sobre comportamentos e hábitos para uma vida saudável como uma verdade inalienável. A prática educativa (transmissão) do modelo

---

<sup>1</sup> Enfermeira do Programa Saúde da Família do Centro de Saúde Regina - SUS/BH

hegemônico contrasta com a possibilidade da construção compartilhada de conhecimentos sobre o processo saúde-doença-cuidado e a construção de uma relação dialógica para o desenvolvimento da autonomia dos usuários. (ALVES, 2006).

A autonomia significa a possibilidade de a pessoa escolher entre as alternativas e as informações que lhe são apresentadas de forma esclarecida e livre. Para promover saúde, os profissionais devem criar laços de co-responsabilidade com os usuários, que por sua vez decidirão conforme suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades, o que será melhor pra si (PEDROSA<sup>2</sup>, 2003).

Conforme Toledo<sup>3</sup> et al. (2007), há estudos que relatam a baixa frequência com que as ações educativas e coletivas têm sido desenvolvidas entre profissionais de centros de saúde convencionais e de equipes de Saúde da Família. O conhecimento está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações e ao menor número de internações hospitalares e maior aceitação da própria doença. Como exemplo, pode-se citar a educação em saúde associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, a atividade física e a dieta alimentar por se constituírem em importantes instrumentos para controle dos índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

O sucesso da reorganização do controle da hipertensão arterial e diabetes designada ao PSF (Programa de Saúde da Família), depende do reconhecimento da necessidade de reorientação das práticas educativas de promoção à saúde adotada hegemonicamente, bem como da renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e a população (BESEN et al. , 2007)<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> José Ivo dos Santos Pedrosa, médico coordenador-geral da CGAPES/MS, mestre em Saúde Comunitária pela UFBA e doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP.

<sup>3</sup> Melina Mafra Toledo, Enfermeira. Aluna do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com enfoque no programa de Saúde da Família (PSF) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)

<sup>4</sup> Candice Boppré Besen, Cirurgiã-dentista, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina

### 1.3 O papel da equipe de saúde da família no acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos

A equipe de ESF (equipe de saúde da família) é fundamental no processo de intervenção e controle de doenças e suas complicações evitáveis. A intervenção na epidemiologia para a adoção de medidas preventivas, através de processo educativo em saúde, é considerada a chave para o sucesso do trabalho no contexto de atenção primária. A educação em saúde abalizada na troca de experiências entre profissionais e usuários e entre os próprios usuários, é fundamental no acompanhamento dos usuários das equipes de saúde da família.

A atenção a saúde dos usuários pode ser energizada por meio de acolhimento nas unidades de saúde da família, utilizando uma abordagem holística. Esta forma de tratamento do usuário de reorientação do processo de acompanhamento de hipertensos e diabéticos é o foco deste trabalho.



## 1.4 JUSTIFICATIVA

Tradicionalmente os brasileiros procuram os serviços de saúde somente quando estão “doentes”. Esta prática fatalmente determina uma série de conseqüências negativas para o setor saúde, que vai desde os prontos socorros hiper lotados, maior tempo de internação, necessidade de maior número de especialistas, elevação dos índices de mortalidade, maior custo para tratamento, estresse profissional e outros.

Nesse conjunto de problemas, o PSF surge como forma alternativa para promover a mudança do modelo assistencial constituído principalmente por práticas curativas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. O PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Salienta-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como meta principal promover mudanças na forma de prestar assistência, deslocando o foco de atenção anteriormente voltada apenas para a pessoa para a família e a comunidade, e priorizando o compromisso com a promoção da saúde e a prevenção das doenças.

E, como no cotidiano do trabalho na Saúde da Família temos observado que as mudanças não se restringem apenas em “propor mudanças” ou a “boa vontade do profissional” para executá-las. Mudar significa compreender a organização do sistema de saúde como um todo, incluindo os recursos humanos existentes, o apoio logístico institucional, e outras. Engrenar esse “trem” como diria os mineiros, não é uma tarefa fácil, porque como toda locomotiva depende do condutor, do número de vagões e do tempo instituído para chegarmos à estação final. Como condutor já estabelecemos o “conhecimento” como o eixo norteador da ESF. Os vagões serão constituídos pelo conjunto de profissionais, familiares e comunidade que estabelecerão de que forma a teoria gerada pelo conhecimento pode ser colocada em prática. E, elegemos o período do curso de especialização em Saúde da Família, como tempo de reflexão.

## 1.5 OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de reorganização de acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos de um Centro de Saúde da capital mineira.

## 1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a demanda de usuários diabéticos e hipertensos.

Descrever os resultados da reorganização da atenção ao paciente hipertenso e diabético.

## 1.7 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo e observacional. Para a coleta de informações necessárias para a reorganização do processo de trabalho, utilizaram-se todas as observações advindas das reuniões de equipe. Inaugurado em julho de 2004, o centro de saúde Regina está localizado no distrito sanitário Barreiro e atende uma população de 11.797 usuários, é dividido em 11 setores censitários classificados em oito setores de risco elevado e três setores de risco médio, subdividindo-se em 14 micro-áreas. A equipe 3 é responsável por 4 setores censitários, todos classificados como de risco elevado. Teoricamente a equipe é responsável por 3.778 usuários, mas na prática os dados constantes no formulário 2F6 dos agentes comunitários de saúde (ACS) – contabilizam uma população de 4.772 usuários. Esta população excede a recomendada para as áreas de risco elevado, que é de 2800 a 3400 usuários.

Inicialmente a equipe 3 identificou através do formulário 2F6, que das 2.121 pessoas cadastradas na faixa etária acima de 20 anos, 469 apresentavam hipertensão arterial e 93 apresentavam diabetes, ou seja, 22% eram hipertensos e 1,8% dessas pessoas eram diabéticas. Constatou-se ainda que em 2008, 60,5% dos hipertensos e 39,75% dos diabéticos retornaram uma única vez para consulta.

Para o diagnóstico situacional utilizou-se os dados relativos ao período de 17 a 24/11/2008, constantes no formulário de produção e acompanhamento do trabalho dos ACS - 2F6 e do instrumento da gerência para a avaliação do acolhimento no centro de saúde. Os dados coletados durante as visitas dos ACS contribuíram para a organização do arquivo rotativo<sup>5</sup>, com agendamento da primeira consulta e demais retornos. Estas informações subsidiaram o planejamento da busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe 3.

---

<sup>5</sup> Arquivo de papel dividido em 12 meses do ano e com identificação das comorbidades através de cores.

## 2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de descrever o processo de reorganização de acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos de um Centro de Saúde da capital mineira, iniciou-se em abril de 2009, a busca ativa<sup>6</sup>. Inicialmente implementou-se o sistema de arquivo rotativo, com introdução da ficha de registro de classificação do risco do paciente<sup>7</sup> com ênfase para a data da consulta, frequência de consultas e retorno. Ao lançar mão desta ficha, todas as consultas seriam automaticamente agendadas pela equipe, não havendo necessidade do usuário ter que fazer o agendamento na unidade. A data do retorno seria entregue pelo ACS na casa do usuário. O esquema a seguir foi adotado:

ACS → busca ativa → coleta de dados na planilha → organização da demanda reprimida → inclusão no arquivo rotativo → agendamento da consulta ou próximo retorno → inclusão no grupo de educação em saúde → inclusão no arquivo rotativo → marcação de consulta/retorno → ACS entrega

Retomando um pouco a situação vivenciada pelo Centro de Saúde em relação aos recursos humanos, observou-se que houve uma alta rotatividade dos profissionais desde a sua inauguração em 2004. O Centro de Saúde já foi inaugurado sem o profissional médico em todas as ESF. Na época as equipes contavam apenas com os médicos de apoio, clínico e pediatra. Nos últimos cinco anos passaram pela equipe 3, 3 médicos, o atual médico está na equipe há mais de um ano. Em relação ao enfermeiro, ao longo destes 6 anos, já passaram sete profissionais.

Estes dados por si só evidenciam a dificuldade da equipe da ESF para organizar e atender a demanda, em especial, aos usuários hipertensos e diabéticos. De que forma poderia haver agendamento de consultas ou retorno do usuário se não havia estimativa de quando a equipe estaria completa, ou de que forma poderiam criar-se vínculos de trabalho se a população também fatalmente acaba sendo flutuante e sem compromisso, seja por

---

<sup>6</sup> Busca ativa – captação do paciente hipertenso e/ou diabético durante a visita mensal de acompanhamento das famílias cadastradas

<sup>7</sup> Anexo B página 20

falta de motivação para o auto cuidado ou segurança no atendimento.

Essa “falta de organização” do atendimento da demanda de usuários hipertensos e diabéticos gerou descontentamento tanto para usuários bem como para trabalhadores. Por essa falta de oferta de consultas, pela elevação do índice de consultas de urgência e falta de salas para o atendimento, ou seja, tudo isso gerou um grande problema para centro de saúde e conseqüentemente para a equipe.

Há que se registrar ainda a incompletude na composição da equipe seja por constantes licenças médicas, desvios de função, férias ou mesmo faltas, que influenciam diretamente na qualidade do atendimento prestado aos usuários.

Ao buscar formas de organização da demanda de usuários hipertensos e diabéticos e a conseqüente redução das complicações advindas do não acompanhamento adequado, buscando também motivação da equipe para um atendimento mais acolhedor, iniciou-se um levantamento de dados que foi realizado no período de 17 a 21 de novembro de 2008, utilizando um instrumento que retratasse o perfil do acolhimento realizado pelas equipes. Este instrumento inicialmente elaborado pela gerência e aplicado pelos profissionais do acolhimento, após seis meses de implantação do arquivo rotativo, ou seja, em outubro de 2009 foi aplicado novamente pela equipe 3.

Tabela 1. Motivos que levaram ao atendimento pela Equipe 3, em 2008 e 2009.

Motivos	Nov/2008 N(%)	Out/2009 N(%)
Agudos: dor, tosse, febre, diarreia, pele, tonturas, disúria, e outras	<b>26(32,5)</b>	<b>36(42,4)</b>
Controle da Hipertensão e Diabetes	<b>11(13,7)</b>	<b>6(7,0)</b>
Retorno para exames laboratoriais	<b>11(13,7)</b>	<b>15(7,0)</b>
Saúde da Mulher	<b>7(9)</b>	<b>5(17,6)</b>
Crônico: dor ( lombar, torácica, membros) pediatria, solicitação de exames, risco cirúrgico, asma, controle de peso e sem especificação)	<b>18(22,5)</b>	<b>18(21,2)</b>
Saúde Mental	<b>2(2,5)</b>	<b>5(5,9)</b>
Outros motivos	<b>5(6,2)</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>80(100)</b>	<b>85(100)</b>

\*Arquivo da gerência do Centro de Saúde

No período estudado, em 2008, 55% dos usuários referiram que procuraram o Centro de Saúde por problemas agudos (32,5%) e crônicos (22,5%). Já em 2009, observamos um aumento dos usuários que procuraram atendimento à saúde por problemas agudos (42,4%) e manutenção dos percentuais de usuários com problemas crônicos (21,2%). Os demais comparecimentos integram o conjunto de presenças consideradas normais, como o retorno para exames laboratoriais, que teve seu percentual aumentado devido à inserção do hipertenso/diabético no arquivo rotativo. A redução de quase 50% foi o que nos chamou a atenção, de 13,7% em 2008, para 7% em 2009, em relação aos usuários hipertensos e diabéticos que compareceram ao centro de saúde, fora da agenda programada.

Ao discutirmos estes resultados, levantamos uma série de questões que podem ter interferido na melhora dos percentuais de procura dos usuários no centro de saúde. Inicialmente, o fato de a ESF estar completa, significando maior autonomia para a organização do serviço da unidade e do tipo de atendimento. Por mais que a ESF tenha que atuar numa população, além daquela prevista, o fato desta equipe reorganizar e acompanhar os usuários com hipertensão e diabetes, que estão sujeitos a eventuais riscos e

complicações, foi observado que a adoção da busca ativa leva a maior reconhecimento e respeito da população para o atendimento às recomendações da equipe. Ressalta-se que ao sistematizar o atendimento, data, hora, e outras, possibilita a estruturação e organização do centro de saúde, bem como melhor acolhimento aos usuários e maior credibilidade para a condução do processo de educação em saúde.

Segundo Besen et al. (2007), a “Educação Horizontal Centrada na Doença”, como a relação profissional – paciente, passa a existir de forma horizontal, sem imposição ou autoritarismo, agregado ao conhecimento científico voltado para a prevenção e como uma verdade que pode ser introduzida no conhecimento das pessoas. Essa concepção é clara em teorizar a necessidade de respeitar o conhecimento, a cultura e troca de experiências com o usuário. Essa linha de raciocínio de Besen foi introduzida nos grupos de educação em saúde, considerando os grupos educativos como continuidade do tratamento primário destas doenças e está sendo utilizada como estratégia de adesão ao tratamento.

As práticas educativas e a implantação do Arquivo rotativo foram formas alternativas para inserção do usuário no sistema. Através das fichas de reorganização do controle da hipertensão arterial e do diabetes<sup>8</sup> foram sendo agendadas as datas de retorno e as participações nos grupos educativos. A ESF atingiu os seus objetivos de inserir todos os usuários conforme o mês solicitado, a partir da planilha de busca ativa, para a reavaliação de acordo com a sua classificação da hipertensão em leve, moderada e grave. Conforme protocolo da prefeitura de Belo Horizonte, a hipertensão leve retorna anualmente, a moderada retorna semestralmente e a grave retorna quadrimestralmente.

Neste contexto, o ACS é a figura chave, também se responsabilizando pela entrega da marcação de consulta ou retorno, mediante assinatura do usuário no canhoto da consulta. O comprovante desta entrega é importante para discussão da questão da demanda reprimida<sup>9</sup>. Também o fato de atuar junto ao grupo de educação em saúde de forma periódica, com a participação de usuários oriundos da consulta médica, via convite do ACS ou de livre acesso a discussão de interesse dos usuários, contribuiu de forma decisiva na reorganização do processo de acompanhamento dos hipertensos e o diabéticos.

---

<sup>8</sup> Anexo B da página 20

<sup>9</sup> Pacientes que relataram não conseguir agendar consulta médica

### 3 CONCLUSÃO

Com a reorganização e implementação do processo de acompanhamento de hipertensos e diabéticos constatou-se a redução da demanda por agendamentos feitos pelos usuários do centro de saúde. Ao analisar os motivos que contribuíram para esta reorganização, destaca-se a composição atual da equipe de saúde da família. O trabalho em equipe colabora tanto para o planejamento, quanto para a organização do processo de trabalho em equipe, que vai desde as questões administrativas até o atendimento final do usuário nos domicílios.

Ao implantar o processo de reorganização da demanda, percebeu-se uma redução de quase 50% de agendamento de consultas. A implantação do arquivo rotativo significa um controle mais eficiente dos usuários. Assim, necessariamente estaremos contribuindo para a redução das complicações advindas da hipertensão e do diabetes. Outro dado importante que alavancou este processo de reorganização foi à busca ativa para o controle dos retornos programados, através do arquivo rotativo, contribuindo para que o usuário se inserisse no processo e aceitasse mais espontaneamente o aprendizado da promoção do auto cuidado no seu tratamento.

Torna-se evidente a relação coexistente entre processo de organização da demanda programada de hipertenso e diabético com o efetivo controle e redução das complicações advindas destas doenças crônicas de grande impacto para a sociedade.



#### 4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. Interface, Botucatu, v.10 n.19, jan./jun. 2006.

BESEN, C.B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. Saúde e sociedade, São Paulo, v.16, n.1 jan./abr. 2007.

BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006. 58 p.

BRASIL. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM). Brasília, 2001. 96p.

BRASIL. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 10 fev. 2010.

CHIESA, A. M.; VERISSÍMO, M. R. A educação em saúde na prática do PSF: manual de enfermagem. Brasília, DF. 2001.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 96p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/>>. Acesso em 24/04/2010.

FARIA, H. P. et al. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família/ Unidade didática I/ Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2008, vol.1,2,3,4. 280p.

LOLIO, C. A. Epidemiologia da hipertensão arterial. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.24, n.5, out. 1990.

MALFATTI, C. R. M; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão Arterial e Diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, mar. 2008.

MANFROI, A; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de medicina e comunidade, Rio de Janeiro, v.2, n° 7, out. / dez. 2006.

MION JR, D. et al. Hipertensão Arterial: abordagem geral. Projeto Diretrizes AMB/CFM 2002. Disponível em: <http://www.amb.org.br/>. Acesso em 18/03/10.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família . Texto & contexto – enfermagem, Florianópolis, v.17 n.4, out./dez. 2008.

NOBRE, F.; MION JR, D. Monitorização ambulatorial da pressão arterial. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.44, n.2, abr./jun. 1998.

NORONHA, A. B. É preciso repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação social: Entrevista: José Ivo Pedrosa. Radis. São Paulo. Vol.13, set.2003 p.24-25.

PAIVA, D. C. P. et al. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.2 fev. 2006.

PEDROSA, I. I. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. Radis, São Paulo, Vol.13, set.2003 p.24-25.

SARAIVA, K. R. O. et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. Texto & Contexto-Enfermagem, Florianópolis, vol. 16, p.63-70. Jan./Mar.2007.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S.D. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto & contexto – enfermagem, Florianópolis, v.14, n.3 jul./set. 2005.

SILVA, S. P; SANTOS M. R. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. Ciência da Saúde, vol.11, n.3, p. 169-73, jul./set. 2004 .

SILVA, T. R. et al. Controle de Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Rev. Saúde e Sociedade, São Paulo. v.15, n.3, p.180-189, set./dez. 2006





## APÊNDICE

### Planilha - Busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos

Busca Ativa de Hipertensos e Diabéticos da Equipe 03 - Centro de Saúde Regina							
ACS: _____							
	Nome completo	Pront.	Endereço	Data busca	Data receita	Val. Receita	Data consulta/grupo
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							