

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ELTON ALVES DE CASTRO**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM DIABETES  
MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LIBERDADE,  
CONTAGEM - MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2017**

**ELTON ALVES DE CASTRO**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM DIABETES  
MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LIBERDADE,  
CONTAGEM -MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Edison José Corrêa

**BELO HORIZONTE -MINAS GERAIS**

**2017**

**ELTON ALVES DE CASTRO**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM DIABETES  
MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LIBERDADE,  
CONTAGEM -MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professor Edison José Corrêa - Orientador

Professora Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 16/07/2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho, primeiramente, a Deus por ter me guiado nesta caminhada, e a minha família, em especial a minha esposa Valeria, pelo carinho e apoio.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos pacientes que merecem o nosso respeito e dedicação, ao professor Edison pela orientação e à Equipe de Saúde da Família 18, pelo empenho e o trabalho árduo realizado diariamente.

## **Cordel:**

### **ABC da Hipertensão Arterial**

Vou falar de assunto sério  
Hipertensão Arterial  
Um problema de saúde  
De proporção mundial  
Que se não tratada logo  
Pode ser mesmo fatal

Hipertensão Arterial  
É o aumento da pressão  
Das artérias que irrigam  
O sangue pro coração  
Quando a pressão aumenta  
Provoca um problemão

Como é que isso ocorre  
É bem fácil imaginar  
Se um cano d'água entope  
A água não vai passar  
Aumentando a pressão  
O cano pode estourar

Como o cano da cozinha  
Entope com a gordura  
Assim as nossas artérias  
A mesma coisa atura  
Cada vez que optamos  
Por comida com fritura

O entupimento das artérias  
Dá problema de montão  
Infarto entre outros  
Problemas no coração  
Complica todos os órgãos  
Pela má circulação

Infelizmente na verdade  
Poucos sabem da real  
Por isso tantos morrendo  
Outr@s em estado fatal  
Enquanto outr@s ainda terão  
Hipertensão Arterial

O milagre ainda é o mesmo  
Que nossa bisavó já dizia  
Que a nossa avó repetiu  
Que a nossa mãe repetia  
O que temos que fazer  
É o que antes se fazia

É sempre melhor prevenir  
Melhor do que remediar  
A nossa alimentação  
Teremos que balancear  
O álcool só no social  
Temos que parar de fumar

Alimentos enlatados  
E comida gordurosa  
Por mais que seja bonita  
E ainda que seja gostosa  
Se comer o moderado  
É ter vida harmoniosa

Além de comida saudável  
Moderando as de origem animal  
Outro grande causador  
Da Hipertensão Arterial  
É o uso em demasia  
De um condimento natural

O sal estraga o gosto  
Pois muda o sabor do alimento  
Quando usado em exagero  
Não produz melhoramento  
Pois destrói as nossas células  
Produzindo agravamento

O Álcool e o Cigarro  
Em açúcar se converte  
Enfraquecem o organismo  
Se espalhando feito peste  
Piorando ainda mais  
A saúde que inda reste

Assim quem é hipertenso  
Precisa abusar das verduras  
Frutas e carnes saudáveis  
E eliminar as frituras  
Acompanhar sua pressão  
E fazer esporte e aventura

Namorar em demasia  
E cuidar de sua saúde  
Usar bem pouco sal  
Este inimigo rude  
Das células do nosso corpo  
Que pedem que isso mude

Mas é sempre bom lembrar  
Que uma vida com esporte  
Sem álcool em demasia  
É sempre muito mais forte  
E tudo isso inda te deixa  
Pouquinho mais longe da morte

É claro que há outros fatores  
Que lhe pedem atenção  
Observar se em sua família  
Há caso de hipertensão  
Pois é caso bem comum  
A tal predisposição

O machucado que se tenha  
Demora a cicatrizar  
Pois o sangue sob pressão  
Demora a estancar  
Até numa hemorragia  
Pode também resultar

A pessoa ronca a noite  
De dia é sonolent@  
Engorda em demasia  
E seu ritmo é lento  
Tudo isso pode ser  
A doença em surgimento

Comida rica em potássio  
Também ajudam o combate  
E a redução do sal

Nós fazendo nossa parte  
Garanto a redução  
De derrame e infarte

Buscando o melhoramento  
Do corpo e da nossa saúde  
É necessário sempre ter  
Uma bela atitude  
De equilíbrio para ter  
Na saúde juventude

Equilíbrio no comer  
Equilíbrio no pensar  
Equilíbrio no beber  
E mesmo no degustar  
Equilíbrio no fazer  
Começando a se estudar

Saber o que lhe destrói  
E o que te alimenta  
Como funcionam as coisas  
Do corpo que tu sustenta  
Procurar na medicina  
Que ela te orienta

Ter vida com saúde  
É saber o que fazer  
Para estar equilibrado  
Para um bom envelhecer  
Garanto se assim fizer  
Quem ganha mais é você

Como vemos neste mal  
Que aflige muita gente  
Sem mesmo a maioria  
Estar mesmo consciente  
A prevenção de muitos males  
Depende mesmo é da gente

Por isso fiquem atentos  
Aos sintomas da hipertensão  
Cuide bem de sua saúde  
Com os toques que aqui estão  
E lembre-se de uma coisa  
**SAÚDE É EDUCAÇÃO!**

Aidner Mendes, o Luar de  
Conselheiro

<http://versosdoluar.blogspot.com.br/2012/09/aidner-mendez-o-luar-do-conselheiro.html>

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica, assim como o Diabetes Mellitus, está entre as principais causas de morbimortalidade no mundo. Há crescente incidência destas doenças acomete uma parcela significativa da população que procuram os serviços de saúde. A atenção primária à saúde cumpre um papel fundamental, não somente na prevenção destas doenças como também no cuidado continuado e redução das complicações que geram prejuízos e sofrimento aos indivíduos, suas famílias bem como a sociedade. Para tanto, a atenção primária deve estar organizada de forma a proporcionar diferentes cuidados para indivíduos com as mesmas doenças, de acordo com as suas necessidades. Este trabalho tem como objetivo propor o processo de sistematização da atenção ao usuário com hipertensão e diabetes sob cuidado da Equipe de Saúde da Família Liberdade, em Contagem-Minas Gerais. Para a elaboração deste projeto foram utilizados os referenciais do planejamento estratégico situacional e estimativa rápida, para determinar o problema prioritário, nós críticos e as ações. Selecionado o problema, conforme proposto no plano de ação, foi realizado a seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano. Para a construção do referencial teórico foram utilizados os sistemas SciELO e Medline, livros-texto, diretrizes, protocolos e material disponibilizado por meio eletrônico nos sites do Ministério da Saúde brasileiro. A expectativa é que com estas novas propostas a equipe possa trabalhar mais motivada e a população possa ser mais bem assistida. O projeto encontra-se em fase de execução.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Doença crônica. Diabetes mellitus

## **ABSTRACT**

Systemic Arterial Hypertension as well as Diabetes Mellitus is among the main causes of morbidity and mortality in the world. There is a growing incidence of these diseases affecting a significant portion of the population who seek health services. Primary Health Care plays a fundamental role, not only in the prevention of these diseases but also in the continued care and reduction of complications that cause harm and suffering to individuals, their families and society. To that end, primary care should be organized to provide different care for individuals with the same diseases, according to their needs. This work aims to propose the process of systematizing the attention to the user with hypertension and diabetes under the care of the Health Team of the Liberdade Family in Contagem - Minas Gerais. For the elaboration of this project we used the benchmarks of situational strategic planning and rapid estimation, to determine the priority problem, critical nodes and actions. Selected the problem, as proposed in the action plan, was the selection of the critics, design of operations, identification of critical resources, feasibility analysis of the plan, preparation of the operational plan and management of the plan. For the construction of the theoretical reference, the SciELO and Medline systems, textbooks, guidelines, protocols and material made available through electronic means were used in the Brazilian Ministry of Health's websites. The expectation is that with these new proposals the team can work more motivated and the population can be better assisted. The project is in the execution phase

Key words: Family Health Strategy. Chronic disease. Primary Health Care. Hypertension. Diabetes mellitus

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEAPS	Centro de Autorização de procedimento em Saúde
CCE	Centro de Consultas Especializadas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HMC	Hospital Municipal de Contagem
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão no Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Indicadores de saúde: Unidade Básica de Saúde Liberdade, Equipe de Saúde da Família 18, Contagem, Minas Gerais, 2016	23
Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 18, Unidade Básica de Saúde Liberdade, município de Contagem, estado de Minas Gerais	26
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 18, do município de Contagem, estado de Minas Gerais	41
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 18, do município de Contagem, estado de Minas Gerais	42
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 18, do município de Contagem, estado de Minas Gerais	43
Figura 1 – Explicação do problema: mapa conceitual	37
Figura 2 – Mapa conceitual Explicação do problema - desorganização da assistência equipe 18, Contagem/ Minas Gerais 2	38

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
1.1 Breves informações sobre o município de Contagem – Minas Gerais	
1.2 O sistema municipal de saúde	
1.3 A Equipe de Saúde da Família 18, seu território e sua população	
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	24
<b>3 OBJETIVOS</b>	25
3.1 Objetivo geral	
3.2 Objetivos específicos	
<b>4 METODOLOGIA</b>	26
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	27
5.1 Estratégia Saúde da Família	
5.2 - O manejo das doenças crônicas degenerativas como um desafio na atenção primária em saúde: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes	
5.3 – Organização da assistência	
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	34
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	41
<b>REFERÊNCIAS</b>	42

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Breves informações sobre o município de Contagem – Minas Gerais

O município de Contagem está localizado a 23,0 km do centro da capital do estado, Belo Horizonte, dividindo limites territoriais também com os municípios de Betim, Esmeraldas, Ibirité e Ribeirão das Neves. Faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte, considerado um dos municípios mais importantes principalmente pelo seu grande parque industrial, além de estar situado no município as Centrais de Abastecimento de Minas Gerais (CEASA), principal centro de distribuição de alimentos do estado de Minas Gerais. Nesta perspectiva sua economia está fortemente concentrada na indústria e no comércio. (CONTAGEM, 2014)

Passa pelo município de forma estratégica um robusto sistema viário. Dentre as principais rodovias destacam-se a rodovia Fernão Dias (BR 381) para acesso a São Paulo, a BR 262 que dá acesso ao Triângulo Mineiro e ao estado de Espírito Santo, e a BR 040, com acesso a Brasília e Rio de Janeiro.

Segundo o IBGE, a cidade possuía uma população de 603.048 habitantes em 2010. Para 2016, a estimativa da população é de 653.800 (BRASIL 2016b).

O município tem alguns pontos fortes na sua cultura, a feira de artesanato do bairro Eldorado ocorre semanalmente aos fins de semana e existe há mais de 30 anos. Lá são expostos e comercializados artesanatos produzidos pela população local e comidas típicas. Outro local muito frequentado pela população é a Barragem Várzea das Flores, localizada entre os municípios de Contagem e Betim, construída na década de 1970 no intuito de abastecimento hídrico à região metropolitana de Belo Horizonte. Hoje é utilizada para atividades de lazer e esportes aquáticos (CONTAGEM, 2014).

Importante na história do município é a comunidade negra dos Arturos que é constituída de negros descendentes de escravos que moram no local denominado Domingos Pereira, uma propriedade de 6500 hectares adquirida em 1888 próximo ao centro da cidade. Atualmente um grupo de pessoas que ainda guardam a tradição da cultura negra, promovem manifestações culturais através da música e danças religiosas. As principais ocasiões ocorrem no dia 13 de maio, abolição da escravatura, outubro, festa de Nossa Senhora do Rosário, dezembro festa do João do Mato e em Janeiro Folia de Reis.

Conforme dados de 1991 a 2010 há uma tendência na queda da frequência do analfabetismo em todas as faixas etárias. Os índices ainda são altos nos indivíduos acima de 60 anos. É um dado relevante uma vez que são aqueles que mais procuram os serviços de saúde em função das doenças crônico-degenerativas, para os profissionais o desafio ao cuidado de pessoas que talvez tenham dificuldade de compreensão do processo saúde/doença e autocuidado (BRASIL, 2016b)

De acordo com os dados do plano municipal de saúde 2014-2016 em relação ao abastecimento de água, 98,8% dos domicílios recebem água tratada, 76% tem acesso à rede de esgoto e 97% tem lixo coletado.

As maiores causas de mortalidade geral estão as doenças crônicas não transmissíveis sendo as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas as principais causas de morte, o que está de acordo com o perfil nacional (CONTAGEM, 2014).

O aumento populacional, a localização estratégica do município, o baixo investimento em estratégias de melhoria da qualidade da educação/cultura, políticas de saúde coletivas focadas na promoção a saúde bem como de segurança pública contribuíram ao longo das últimas décadas para o aumento da criminalidade e tráfico de drogas no município.

## **1.2 O sistema municipal de saúde**

De acordo com o plano municipal de saúde de Contagem 2014-2017, quanto à rede assistencial de saúde, o município encontra-se dividido em sete distritos sanitários: Industrial, Eldorado, Petrolândia, Sede, Vargem das Flores, Ressaca e Nacional.

A atenção primária é constituída de dois modelos assistenciais, a Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional e a Unidade de Saúde da Família (USF). Os distritos sanitários Vargem das Flores, Nacional e Ressaca são compostos exclusivamente por USF; nos outros coexistem os dois tipos de unidade. Conforme dados de 2013 o município tem 56% cobertura saúde da família, certamente a opção pela existência de duas estratégias assistenciais Unidades básicas de saúde tradicionais e unidades de saúde da família explicam este percentual. No total são 19 unidades de saúde integradas, criadas a partir de 2014, que abrigam duas a quatro equipes saúde da família, 17 UBS, e 49 unidades de saúde da família isoladas e sete unidades de referência. Contagem conta com oito Núcleos de Atenção à Saúde da Família NASF modalidade I, compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social, psicologia, nutrição e terapia ocupacional,

pediatria, psiquiatria, ginecologia), organizadas de acordo com as prioridades e necessidades de cada área de abrangência (CONTAGEM, 2014).

A Atenção à Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde (SUS) Contagem é constituída por uma rede de assistência organizada em 35 pontos de atenção, sendo sete em UBS tradicionais, 17 em UBS com saúde da família, quatro em escolas públicas, quatro unidades isoladas, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um no centro de especialidades Iria Diniz (SAE-DST / AIDS) e um no Hospital Municipal.

A rede de atenção secundária do município de Contagem conta com três unidades: Centro de Consultas Especializadas Iria Diniz, Centro de Consultas Especializadas Ressaca e Centro de Consultas Especializadas Confrade Geraldo Cotuta.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS foi constituída para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Em Contagem, essa rede é composta atualmente por:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III - ELDORADO - Localizado no distrito sanitário Eldorado
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III-SEDE - Localizado no distrito sanitário Sede
- Centro Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) III-ELDORADO - Localizado no distrito sanitário Eldorado
- Centro Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) - Localizado no distrito sanitário Eldorado
- Centro de Convivência Horizontes Abertos - Localizado no distrito sanitário Eldorado
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Bélgica - Localizado no distrito sanitário Eldorado
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Saudade - Localizado no distrito sanitário Ressaca;
- 16 Equipes de Referência em Saúde Mental (UBS Tradicional);
- 8 Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

A rede de reabilitação do município de Contagem responde pelas demandas de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.

A Atenção Especializada em reabilitação, com acesso regulado pelo Centro de Autorização de Procedimentos de Saúde (CEAPS) - é composto por um Centro próprio de Reabilitação, situado no Centro de consultas especializadas (CCE) Iria Diniz, e oito clínicas credenciadas.

O serviço de atenção domiciliar tem suas bases instaladas em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e no Hospital Municipal Jose Lucas Filho, o que viabiliza a logística de atendimento das equipes. As Equipes um multidisciplinar de atenção domiciliar (EMAD) são compostas por uma equipe multiprofissional: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e fonoaudiólogo. O plano terapêutico de cada usuário é elaborado pela equipe multiprofissional.

Quanto a urgência e emergência, existem cinco unidades de pronto atendimento (UPA). O SAMU no município tem como referência cinco bases instaladas. Conta com um complexo Hospitalar composto pelo Hospital Municipal de Contagem José Lucas Filho (HMC) e pela Maternidade Municipal. O HMC é o único hospital geral do município e absorve não só as demandas de Contagem, mas também as de Sarzedo e Ibirité, isto porque Contagem é referência para a Microrregião de Saúde composta por esses três municípios.

O Hospital oferece apoio às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município, sendo a transferência do usuário regulada pela Central de Regulação após seu cadastro no SUSFÁCIL.

Até o momento existem 17 Farmácias Distritais e uma farmácia de referência em doença sexualmente transmissível e síndrome da imunodeficiência adquirida (DST / AIDS). Existem duas farmácias que atendem diretamente a região do Nacional.

O Distrito Sanitário Nacional agrega 39 bairros, considerado uma das maiores regiões em extensão territorial do município. A urbanização da região iniciou na década de 70. Era uma grande extensão de terra, vendida regularmente sem saneamento básico ou urbanização, o que foi sendo suprimido com o tempo, pelo poder público. A região é totalmente urbanizada, a grande maioria do território possui saneamento básico (agua tratada, esgoto) e coleta pública de lixo.

O transporte coletivo é insuficiente pelo volume da população, mas existem várias linhas de ônibus alimentadoras que seguem em direção a outros bairros de Contagem, Belo Horizonte e Ribeirão das Neves. A população em crescente devido ao grande território com muitos lotes já com imóveis em construção ou com potencial para construção.

A maioria da população não trabalha na região, estão empregados em Belo Horizonte e outras regiões de Contagem, na indústria, comércio e prestadores de serviço.

Os principais empregadores da região são a fábrica de colchão Ortobom, centro de distribuição da varejista Ricardo Eletro, grande fábrica de sacolas e outros utensílios plásticos, uma grande distribuidora de equipamentos de proteção individual (EPI) chamada casa do EPI.

A violência e tráfico de drogas são os grandes problemas de saúde pública da região. Muitos jovens, sem ocupação ou profissão, que concluem o ensino fundamental, permanecem a maior parte do tempo ocioso. Não há dados sobre evasão no ensino médio.

Atualmente são 16 equipes Saúde da Família com cobertura superior a 90%. É uma das regiões em que há maior cobertura pela Estratégia Saúde da Família no município.

### **A Equipe de Saúde da Família 18, seu território e sua população**

A Unidade de Saúde da Família Liberdade abriga equipe única, denominada Equipe 18. Recentemente a unidade foi mudada de endereço após 15 anos de permanência no mesmo local, no Bairro Lua Nova, da Pampulha. Era um imóvel alugado e o proprietário o requisitou.

Atualmente, está situada em outra casa alugada no Bairro Xangri-lá, extremo oposto onde estava localizada anteriormente no bairro Lua Nova da Pampulha. O acesso à unidade é difícil, uma vez que não há ponto de ônibus nas proximidades.

A área de abrangência inclui os bairros Xangri-lá, Lua Nova da Pampulha e Jardim Alvorada. O bairro Xangri-lá faz divisa com o município de Belo Horizonte e Ribeirão das Neves. O bairro Jardim Alvorada faz divisa com Ribeirão das Neves.

A violência na região tem preocupado a equipe e a comunidade, muitos assaltos a mão armada em plena luz do dia principalmente por menores infratores da própria região, a guarda municipal e a polícia militar não conseguem garantir a vigilância de todo o território. Uma estratégia que tem funcionado é a rede de vizinhos coordenada pela Polícia Militar, o que tem permitido intervir preventivamente e prender alguns infratores.

O acesso às dependências da unidade é precário, a única possibilidade é por meio de uma escada íngreme. Pessoas com qualquer limitação física têm muitas dificuldades para entrar ou sair. Esta questão tem sido motivo de revolta e agressividade de parte da população que responsabiliza a equipe pela mudança, o que não é verdade.

A sala de espera é muito pequena e as pessoas tem que aguardar na “garagem”, muitos de pé porque não há cadeiras para todos. Não há privacidade para realização de procedimentos de enfermagem por que não há um espaço específico para que estes possam ser realizados.

Não há espaço para realização dos grupos operativos. Tem sido realizadas atividades com poucas pessoas na “garagem” e em um quintal da casa de uma usuária que participava do grupo anteriormente e concordou em ceder o local.

O território é muito grande, dividido em sete microáreas e a população assistida já está superior a 7000 pessoas, cada vez mais são incluídos novos cadastros principalmente com a mudança para uma região onde uma parte das pessoas buscava pouco ou nunca (as com planos de saúde) a unidade.

A equipe 18 é formada por médico, enfermeira, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, uma auxiliar administrativa e uma auxiliar de serviços gerais.

A unidade de saúde funciona de 8 as 17:00h, assim como as demais no município.

Uma parte da população queixa da dificuldade em chegar até à unidade pela distância e a violência no entorno. O território é muito grande e o acesso por meio de transporte coletivo muito difícil.

Geralmente quem abre e fecha a unidade são os ACS, não há porteiro nem guarda municipal, eles têm uma escala durante a semana e se revezam nesta responsabilidade.

Por questão de segurança já foi solicitado várias vezes que a guarda municipal fosse mais presente na unidade. Por questões que não compreendemos aparecem esporadicamente.

A dinâmica básica da equipe divide-se em dois momentos, isto porque as atividades assistenciais giram em torno do trabalho do médico e da enfermeira.

No período da manhã ocorre o acolhimento da maior parte da demanda espontânea e à tarde ocorrem as atividades programáticas eletivas.

Quanto ao acolhimento da demanda espontânea, os agentes comunitários e uma técnica de enfermagem recebem todos e todas as usuárias (os).

Nos casos em que a demanda é por atendimento por meio de consulta, os prontuários são retirados, a queixa é recebida e direcionada para o médico ou para a enfermeira para atendimento imediato se o caso for agudo e por vezes agendamento direto e retorno na data determinada se a situação for crônica.

Aqueles casos duvidosos geralmente a enfermeira avalia a situação e definimos em conjunto sobre a demanda específica, se o atendimento será no mesmo dia ou direcionado para o atendimento agendado.

Os usuários podem solicitar geralmente por meio do ACS agendamento de consulta eletiva com o médico ou com a enfermeira. Quando há dúvidas quanto à necessidade de um retorno mais rápido por qualquer motivo, a situação é discutida e geralmente a equipe tenta viabilizar pela própria agenda ou orientar a vinda no período da manhã para atendimento imediato.

Nas atividades programáticas a tarde, em cada dia são atendidos grupos específicos da população. Na segunda-feira existe a chamada nutricional (crianças de até dois anos são pesadas e é conferido a situação vacinal) e consultas de puericulturas. Na quarta-feira atendimento amplo, na maior parte das vezes consultas clínicas de adultos. Na quinta-feira, pré-natal e puerpério. Na sexta-feira, geralmente em cada semana é atendido um grupo diferente, revezando entre casos clínicos, visitas domiciliares, pacientes com diagnósticos já estabelecidos de psicopatias; também é o dia em que são realizados o atendimento da mulher com ênfase nas estratégias de prevenção de câncer do colo do útero e mama.

Os grupos educativos são realizados geralmente na quarta e na sexta feira, conduzidos geralmente pelos ACS e a técnica de enfermagem, eventualmente o médico ou a enfermeira. Atualmente existe o grupo de hipertensos e diabéticos na quarta-feira à tarde e na sexta o grupo dos idosos (atividades físicas e outros entretenimentos).

Há também os casos compartilhados com o NASF, acolhidos durante o atendimento da demanda espontânea ou mesmo nas consultas de pacientes em condições crônicas. As reuniões são mensais, os casos são discutidos e agendados conforme a necessidade e disponibilidade do respectivo profissional. Aqueles casos excepcionais tentamos discuti-los rapidamente e dar encaminhamento da melhor maneira.

Mensalmente havia reunião do Conselho Local de Saúde dentro da unidade, em que questões levantadas pela comunidade são discutidas. Na última em dezembro de 2016 houveram 80 participantes, a maior já documentada, em que a pauta principal foi a redivisão da área e a criação de uma nova equipe a médio prazo e para imediato a mudança do local onde está a equipe atualmente.

Também há reunião do colegiado gestor do distrito sanitário, participei apenas uma vez em que as pautas eram sobre algumas mudanças no acompanhamento do pré-natal e

reestruturação da maternidade municipal, geralmente estas reuniões são de cunho informativo pouca ou nenhuma participação de médicos.

Há uma boa interação com a equipe de modo que divisão entre agudos e crônicos ocorrem para organização das agendas, mas aqueles casos definidos como prioritários são atendidos quantas vezes forem necessárias e a qualquer tempo.

Um grande problema é a angustia dos ACS quanto ao agendamento de consulta para apresentar resultado de exames solicitados como rotina de acompanhamento de doenças crônicas como HAS e DM, isto faz com que haja uma pressão adicional, muitas vezes por orientação deles próprios, para que os usuários venham à unidade para atendimento no período da manhã (geralmente com outras justificativas, queixas agudas) e mostrem seus exames. Isto tem sobrecarregado muito o médico e a enfermeira no atendimento de demanda espontânea.

Como a população é muito grande, a estratégia de consultas individuais agendadas não tem sido suficiente. Há necessidade de pensar outras estratégias. Quanto ao perfil epidemiológico da área de abrangência temos um cenário interessante.

De acordo com o plano municipal de saúde baseado em dados do Censo 2010, 50,6% da população é composta por pessoas adultas entre 20 e 49 anos de idade, em fase produtiva de trabalho e em atividade reprodutiva. O que está de acordo com o que foi verificado no território.

A proporção de idosos acima de 60 anos em todas as microáreas gira em torno de 15% da população geral, o que é um número significativo. Na microárea 6 o número de idosos é consideravelmente menor que nas outras.

São hoje população alvo estimada para rastreio de câncer de mama e colo do útero 690 e 2691 respectivamente. O que tem ocorrido com sucesso na dinâmica da equipe. A estratégia utilizada é o atendimento na maioria das vezes realizado pela enfermeira todas as sextas feiras pela manhã e à tarde.

A estratégia de rastreio de câncer de próstata com população alvo de 693 homens tem sido realizada pelo médico em consulta individual. Atualmente este rastreio é realizado conforme história clínica e familiar como preconiza as práticas baseadas em evidencias.

São 481 hipertensos cadastrados e 108 diabéticos. Possivelmente este número é maior considerando que existem duas microáreas sem ACS. São os usuários que mais utilizam o serviço, de forma desorganizada.

### 1.3 A Equipe de Saúde da Família seu território e sua população

**Quadro 1 - Indicadores de saúde: Unidade Básica de Saúde Liberdade, Equipe de Saúde da Família 18, Contagem, Minas Gerais, 2016**

Indicadores	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Total
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	14,5%	16,5%	9,2%	9,1%	11,3%	5,4 %	13,7%	
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	120	57	80	217	73	53	90	690
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	532	331	408	549	229	277	365	2691
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	125	85	75	193	75	54	86	693
Portadores de hipertensão arterial esperados:	-	-	-	-	-	-	-	-
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: →* ACS	52	75	80	58	69	62	85	481
Relação hipertensos esperados/cadastrados	-	-	-	-	-	-	-	-
Portadores de diabetes esperados:	-	-	-	-	-	-	-	
Portadores de diabetes cadastrados: →* ACS	18	13	16	17	11	16	17	108
Relação diabéticos esperados/cadastrados.	-	-	-	-	-	-	-	-

Das outras atividades realizadas, semanalmente ocorre o grupo dos idosos. São realizadas atividades de alongamento e outros exercícios físicos duas vezes por semana. Eventualmente são realizados passeios a lugares determinados pelos idosos, caminhadas, comemorações de datas festivas.

O grupo de hipertensos e diabéticos, realizado ocasionalmente, geralmente é conduzido pelos ACS e pela enfermeira, eventualmente o médico participa. Sem local para realização da atividade, após a mudança de casas, não há mais regularidade na realização do grupo. O grupo planejamento familiar, ocorre conforme a demanda conduzida pela enfermeira.

A equipe realiza reuniões mensais ou quando entende que há algum assunto extraordinário a ser resolvido.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

Diante deste contexto, destacam-se os seguintes problemas de saúde mais relevantes, identificados pela equipe durante a elaboração do diagnóstico situacional:

- Sífilis na gravidez – Aumento de casos de sífilis na gestante
- Epidemia de dengue em 2016 acometeu fortemente a população da área de abrangência assim como toda a população da região metropolitana de Belo Horizonte.
- Acompanhamento dos hipertensos e diabéticos – tem sido realizado essencialmente com a estratégia de grupos e consultas medicas/enfermagem sem qualquer programação ou critério objetivo.
- Renovações de receita -- realizadas a partir da procura do usuário quando “acha que vai vencer” (a validade), o que gera uma demanda imensa por renovação de receitas todos os dias. Frequentemente as pessoas se confundem e mandam receitas com renovação realizada há dois meses por exemplo e que poderiam permanecer por seis meses até a próxima renovação naqueles casos em que a doença estivesse controlada, gerando um excesso de renovações desnecessárias.
- Consultas eletivas (demanda espontânea) x consultas programadas -- há um grande volume de paciente que frequentemente comparecem a unidade pela manhã com queixas ditas agudas, mas que, na verdade, querem mostrar exames de rotina porque consideram o tempo da consulta eletiva para este fim longo demais. Alguns são orientados pelos próprios ACS a ter esta prática. Isto tumultua o atendimento de demanda espontânea pela manhã.
- Deficiente programação para os atendimentos -- observou-se que aqueles que deveriam ter um acompanhamento mais amigável, com um volume de consultas e em algumas situações com visitas domiciliares em maior número são os que menos se beneficiam em comparação aqueles que encontram-se estáveis, bem controlados e que consultam várias vezes ao ano e nem nós mesmos sabemos porquê.

- Número de gestante superiormente desproporcional ao número de crianças até um ano – Há uma desproporção entre o número de gestantes (muito alto) e o número de crianças menores que um ano. Neste contexto, é provável que a população mude muito entre os bairros e municípios de modo que não seja possível acompanhar todas as crianças após o nascimento. A localização da área de abrangência entre três municípios pode ajudar a explicar esta constatação. Outra questão é que muitas gestantes acompanhadas no território podem não residirem nele de fato, informam residência em casa de familiares e após o parto retornam para as suas casas verdadeiras que é fora do território.
- Falta de atividades relacionadas à educação em saúde direcionada para o público adolescente
- Poucas práticas educativas com gestantes – não são realizadas práticas educativas ou de promoção a saúde direcionada para as gestantes, somente as consultas de pré-natal, em que são realizadas orientações, individualmente, nem sempre bem compreendidas por elas.
- Falta de atividades relacionadas a educação em saúde direcionada para o público adolescente
- Grande volume de pessoas com transtornos mentais, principalmente as neuroses.
- Violência – conforme apontado pela equipe, um dos grandes problemas da região é a violência. De acordo com os dados do plano municipal de saúde, a principal causa de morte entre homens conforme CID 10 é de morte por arma de fogo, o que remete a necessidade de enfrentamento da violência em várias vertentes, inclusive pelos serviços de saúde junto aos jovens.

### **1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)**

Como segundo passo para o planejamento estratégico situacional (PES) – a definição de problema prioritário para um plano de intervenção – aplicou-se aos problemas identificados um processo de classificação (Quadro 1), considerando-se a importância do problema, a urgência em sua resolução e a capacidade do proponente do plano, junto com a equipe de Saúde da Família, em enfrentá-lo, minimizando ou eliminando suas causas e efeitos, de acordo com a proposta apresentada por Faria *et al.* (2009).

**Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 18, Unidade Básica de Saúde Liberdade, município de Contagem, estado de Minas Gerais**

<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/Priorização****</b>
Acompanhamento dos hipertensos e diabéticos	Alta	7	Total	1
Violência	Alta	4	Fora	2
Muitas pessoas com transtornos mentais, principalmente as neuroses.	Alta	4	Parcial	3
Falta de atividades relacionadas a educação em saúde com os adolescentes	Alta	3	Parcial	4
Falta de atividade educativa com as gestantes.	Alta	3	Total	5
Sífilis na gravidez	Alta	3	Parcial	6
Epidemia de dengue	Alta	3	Parcial	7
Número de gestante desproporcional ao número de crianças até um ano acompanhadas pela equipe	Média	1	Parcial	8

Fonte: Adaptado de Faria et al., 2009

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Assim, ficou estabelecido que o problema prioritário em saúde, a merecer um plano de intervenção pela equipe de saúde seria um adequado “acompanhamento de hipertensos e diabéticos”

## 2 JUSTIFICATIVA

No contexto da Equipe de Saúde da Família Liberdade – com uma população adstrita de aproximadamente 7000 pessoas, o número de hipertensos e diabéticos é considerável, mais de 100 diabéticos e quase 500 hipertensos. Não há um banco de dados alimentado permanentemente com as informações sobre estas pessoas, bem como o tratamento realizado.

O acesso aos dados ocorre exclusivamente pelo prontuário manual. Não existe prontuário eletrônico e nem qualquer outro banco de dados.

Não há critérios objetivos quanto à necessidade e periodicidade de consultas médicas e de enfermagem, bem como a propedêutica relacionada, como a classificação pelo risco cardiovascular, Framingham por exemplo. Não existe a clareza de quais usuários seriam beneficiados apenas com a participação em grupo operativo, que já existe, sem a necessidade de tantas consultas médicas ao longo do ano.

Nesta perspectiva, a escolha do problema foi realizada levando em consideração a significativa presença de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) portadores do diabetes mellitus sob responsabilidade da equipe e que vivem na área de abrangência da USF Liberdade, Contagem, Minas Gerais. A equipe escolheu este problema dentre os vários existentes, porque nesse momento foi o que a mesma possui governabilidade, urgência em resolvê-lo além de capacidade de enfrentamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

## **OBJETIVOS**

São os seguintes os objetivos desse Trabalho de Conclusão de Curso:

### **3.1 Objetivo geral**

Propor processo de sistematização da atenção ao usuário com hipertensão e diabetes sob cuidado da Equipe de Saúde da Família Liberdade, em Contagem/Minas Gerais

### **3.2 Objetivos específicos**

Criar um banco de dados com os usuários com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, com registro social, classificação de risco, registro clínico e de tratamento instituído.

Realizar o planejamento e programação para agendamento de consultas eletivas e espontâneas, controle de exames e de renovações de receitas medicas.

Otimizar o funcionamento das atividades do grupo operativo HAS/DM como estratégia de práticas educativas

#### 4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste projeto foram utilizados os referenciais do planejamento estratégico situacional e estimativa rápida, para determinar o problema prioritário, nós críticos e as ações. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

O primeiro passo foi a realização do diagnóstico situacional que envolveu esforço coletivo de toda a equipe. Dados foram obtidos da observação ativa do território principalmente com dados registrados pelos ACS. Houve grandes dificuldades de conseguir dados do setor de epidemiologia do município.

Também como fontes de consulta utilizaram-se dados do relatório de gestão do município de Contagem 2015 por meio do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão no Sistema Único de Saúde (SARGSUS) e outras fontes institucionais, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

A partir da realização do diagnóstico situacional, utilizou-se nova etapa do planejamento estratégico situacional para relacionar os maiores problemas e definir-se o problema prioritário – o de maior importância, urgência e capacidade de enfrentamento –, caracterizado como a desorganização da assistência do atendimento ao usuário hipertenso e diabético, o que repercute negativamente sob vários aspectos principalmente no processo de trabalho e no cuidado ao usuário.

Selecionado o problema, conforme proposto no plano de ação, foi realizado a seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano.

Para a construção do referencial teórico as fontes de consulta foram utilizados os sistemas SciELO e Medline, livros-texto, diretrizes, protocolos e material disponibilizado por meio eletrônico nos sites do Ministério da Saúde brasileiro.

A redação e formatação do texto foi realizada a partir das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (CORREA ; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

As palavras chaves foram definidas em conformidade com os Descritores em Ciências da Saúde: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Diabetes mellitus.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No sentido de dar um embasamento teórico a esse Trabalho de Conclusão de Curso, serão abordados os aspectos conceituais relativos a

- Estratégia Saúde da Família
- Manejo das doenças crônico-degenerativas como um desafio na Atenção Primária em Saúde: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus
- Organização da assistência a pessoas com hipertensão e diabetes

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser compreendido como um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde que aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde nas esferas municipais, estaduais e nacionais. De acordo com a Lei 8080 (BRASIL, 1990).

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990, art.4).

Foi criado a partir da Constituição de 1988 com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde nas três esferas de governo para atender de maneira funcional as demandas por atenção a saúde (BRASIL, 1988).

Ao se pensar em algo sistêmico é necessário pressupor a existência de partes não apenas articuladas entre si mas que também possam funcionar como estruturas organizadas. (ELIAS; CONH, 1996)

Considerando estes aspectos, o SUS não se resume a um sistema que existe somente para a prestação de serviços assistenciais. É uma estrutura complexa que articula e coordena ações

de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Está estruturado sobre diretrizes organizativas e princípios doutrinários. Os princípios doutrinários são a universalidade que assegura o direito a saúde a todos os cidadãos, a integralidade que pressupõe a prestação do conjunto de ações e serviços aos indivíduos e coletividades, a equidade que consiste em tratar desiguais os desiguais, priorizando os que mais necessitam.

Quanto as diretrizes organizativas, visam dar ao sistema racionalidade no funcionamento, sendo elas a descentralização com comando único, a regionalização e hierarquização dos serviços além da participação da comunidade (CAMPOS *et al.*, 2006, p. 534; CONH; ELIAS, 1996 )

Neste contexto, o SUS foi estruturado de forma hierarquizada em níveis de atenção com a perspectiva de um trabalho em redes de atenção à saúde. Estes níveis estão estabelecidos como atenção primária em saúde, atenção secundária, terciária e quaternária materializado em locais de atendimento como o próprio domicílio, centros de saúde, hospitais distritais ou centros de especialidade e hospitais especializados que devem se articular de forma a tornar-se uma rede assistencial que possa garantir o cuidado aos indivíduos e coletividades (CONH; ELIAS, 1996)

A atenção primária em saúde pode ser considerada o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção a pessoa e não a enfermidade, atenção a todas as situações de saúde e coordena ou integra o cuidado fornecido em algum outro lugar. Neste nível é necessário organizar, racionalizar os recursos direcionados para a promoção e manutenção da saúde. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, apud CAMPOS *et al.*, 2006).

Conforme Mendonça (2009), as evidências são claras em todo mundo, onde a opção por estabelecer a atenção primária como estratégia de organização dos sistemas de saúde geram melhores resultados em saúde, menor custo, mais equidade e maior satisfação dos usuários, mesmo em países como o Brasil onde a desigualdade social ainda é muito grande.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi estabelecida no Brasil em 1994 como um modelo de Atenção Primária em Saúde. A decisão política de reorganizar a rede de assistência a saúde por meio de uma política que contribuísse para a universalização do acesso a atenção básica e consolidasse a descentralização, foram os pilares estruturantes para implementação da ESF. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, apud CAMPOS *et al.* 2006 . p 802)

A experiência inovadora da ESF no âmbito municipal trouxe um impacto alvissareiro representado pelo comprometimento de recursos federais para a expansão da rede assistencial local e autonomia municipal na orientação da estratégia; entretanto é inegável que a ESF impôs novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia proposta por essa política.

A ESF ainda, é considerada um modelo de atenção primária em saúde com enfoque na unidade familiar estruturada na esfera comunitária, com enfoque em ações preventivas, promocionais de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, apud CAMPOS *et al.* 2006.).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), as equipes de Saúde da Família (eSF), devem ser compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo chegar a doze, que são responsáveis por uma área de abrangência de no máximo 4000 pessoas, sendo recomendados 3000 pessoas. Também, é recomendado que o número de pessoas por equipe deva ser orientado pelo grau de vulnerabilidade, quanto maior o grau de vulnerabilidade das famílias, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Em 2008 foram implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que representam um marco na atenção primária em saúde. A inclusão de novos profissionais vinculados as ESF aumentam a possibilidade de responder de forma diferente aos novos e antigos problemas que tornaram-se cada vez mais complexos (MENDONÇA, 2009).

A Saúde da Família ultrapassou os limites do programa criado em 1994, tornou-se uma política de estado brasileiro. Os avanços foram graduais ao longo dos anos, mas os desafios ainda são imensos (MENDONCA, 2009).

## **5.2 O manejo das doenças crônico-degenerativas como um desafio na Atenção Primária em Saúde: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus**

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade no mundo.

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação de PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010 apud BRASIL, 2013a).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil acomete 32,5% dos indivíduos adultos ou 36 milhões de pessoas, mais de 60% dos idosos e contribui para 50% das mortes por doença cardiovascular. Juntamente com o diabetes mellitus e suas complicações impacta diretamente na perda de produtividade do trabalho e na renda familiar, valores estimados em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. A prevalência varia entre 22% a 44% dos adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

A hipertensão arterial sistêmica é caracterizada por elevação persistente dos níveis pressóricos acima de 140 e/ou 90 mmHg. Esta frequentemente associado a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e órgãos alvo, agravado por fatores de risco como dislipidemia, obesidade, intolerância a glicose e diabetes mellitus. (BRASIL, 2013a; SOCIEDADE BRASILEIRA CARDIOLOGIA, 2016)

Além de causar diretamente a miocardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças ateroscleróticas e trombose, manifestando-se como doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. É também fator etiológico para insuficiência cardíaca. A cardiopatia isquêmica e hipertensiva é também fator etiológico para doença de Alzheimer e demência vascular. (BRASIL, 2013a; SOCIEDADE BRASILEIRA CARDIOLOGIA, 2016)

A HAS certamente é um dos problemas de saúde mais comuns enfrentados pelas equipes de saúde da família. Existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, tratamento e controle dos níveis pressóricos dos usuários. Em países com redes estruturadas de atenção básicas, 90% da população adulta consulta pelo menos uma vez ao ano seu médico de família. Mesmo assim as dificuldades são grandes para o diagnóstico, seguimento e tratamento (BRASIL, 2013a).

De acordo com Ribeiro, Cotta e Ribeiro (2012), estudos que avaliam as ações das equipes de Saúde da Família (eSF) sobre HAS apontam para dados preocupantes. Apesar da Estratégia Saúde da Família (ESF) aumentar o acesso dos portadores da doença aos serviços de saúde, há uma baixa adesão ao tratamento e manutenção dos fatores de risco na comunidade. Estas consequências são atribuídas principalmente a educação em saúde precária, sem que sejam consolidadas as dimensões psicossociais, culturais do processo saúde, doença; ausência de coordenação geral de estratégias a nível municipal que devem ser estruturadas a partir da análise da situação de saúde dos hipertensos ou a programação de ações voltadas aos portadores desta doença e a falta de alimentação dos bancos de dados.

Para o enfrentamento destas dificuldades o Ministério da Saúde sugere a adoção de linhas de cuidado para os usuários com doenças crônicas a serem construídas pelos municípios bem como a educação permanente dos profissionais que estão na linha dos serviços (BRASIL, 2013b)

Conforme a Organização Mundial de Saúde (1999), o termo diabetes mellitus diz respeito a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras que resulta em defeitos na secreção e/ou ação da insulina. É classificado como tipo 1 e tipo 2.

O diabetes mellitus tipo 1 indica um processo de destruição da célula beta pancreática que leva a um estágio de deficiência absoluta de insulina. É causada geralmente por um processo autoimune que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti GAD) antiilhota e antiinsulina. Ocorre principalmente em crianças e adolescentes, mas pode ocorrer também em adultos. (BRASIL, 2013a)

A apresentação clínica é na maioria das vezes abrupta evoluindo rapidamente para cetoacidose, uma complicação grave ameaçadora a vida. (BRASIL, 2013a)

O diabetes mellitus tipo 2 é definido como uma deficiência relativa de insulina, ou seja, um estado de resistência à ação da insulina associado a um defeito na sua secreção. Pode ser necessário uso de insulina exógena após muitos anos do diagnóstico para controle da doença. Manifesta-se geralmente em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar da doença, assintomáticos em sua maioria. (BRASIL, 2013a)

O diabetes mellitus habitualmente associado a dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. Por ser considerado um problema de saúde sensível à atenção primária, o bom

manejo deste problema na atenção primária evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

O Brasil ocupa a oitava posição no mundo em prevalência de DM (4,6%) em 2000 e pode chegar a 6ª posição em 2030, 11,3%. Os fatores relacionados até aqui são os hábitos alimentares e o estilo de vida que tem mudado radicalmente nos países (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

O diabetes mellitus está entre os maiores problemas dos nossos tempos, considerando as complicações decorrentes da doença como acidente vascular cerebral, neuropatia diabética, doença renal crônica, cegueira, amputações que além de reduzirem drasticamente a qualidade de vida do indivíduo, reduz a expectativa de vida, aposentadoria precoce e elevam e muito os custos em saúde (MINAS GERAIS, 2013)

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2003), os custos governamentais de atenção ao DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de saúde.

### **5.3 – Organização da assistência a pessoas com hipertensão e diabetes**

Para que seja possível organizar a assistência às pessoas com doença crônica é necessário adotar estratégias que permitam definir de que forma serão atendidas, quando e em que grau de prioridade.

Quando se fala em estratificação no contexto de doenças crônicas significa o reconhecimento das pessoas segundo os diferentes graus de risco e ou vulnerabilidade, o que significa que todos têm necessidades diferentes. A graduação destes riscos pode ser feita de várias formas. Geralmente são definidos como leve, moderado e grave ou serem utilizadas as várias classificações validadas existentes, por exemplo, a classificação de Framingham que classifica o risco de ocorrer um evento cardiovascular nos próximos dez anos (BRASIL, 2014).

Na organização do cuidado a pessoa com doenças crônicas, dois critérios podem ser utilizados para agrupar aqueles com necessidades semelhantes, a severidade da condição crônica estabelecida e a capacidade de autocuidado, o que inclui aspectos socioeconômicos, culturais e o grau de apoio que as pessoas tem para cuidar de si mesmas. (BRASIL, 2013b)

Quanto a gravidade da condição crônica, pode ser definida como o resultado da complexidade do problema e a sua interferência na qualidade de vida das pessoas e também o risco de

ocorrem um evento que causa morbidade ou mortalidade. Pode ser definidas em graus de gravidade como de 1 a 4, por exemplo (BRASIL, 2014).

Em relação a avaliação da capacidade de autocuidado do indivíduo, depende da percepção do profissional e da equipe de saúde em observar o contexto e atitudes das pessoas em relação a sua condição de saúde. Pode ser utilizadas escalas como suficiente e insuficiente por exemplo (BRASIL,2014).

O Ministério da Saúde sugere a utilização da classificação de risco de Framingham como instrumento de organização da assistência a pessoa com HAS e DM2 (PIMENTA; CALDEIRA, 2014; BRASIL 2013, 2014).

O escore de Framingham utiliza como variáveis exames laboratoriais com enfoque nos colesterolis, os níveis pressóricos e o fato do indivíduo ser ou não ser diabético (BRASIL 2013,2014).

É uma ferramenta de fácil aplicação e classifica os indivíduos por meio da pontuação e auxilia na definição de condutas e o segmento.

O indivíduo é definido como de baixo risco quando existir menos de 10% de chance de ter um evento cardiovascular em dez anos. Neste caso, o segmento pela equipe pode ser anual.

Já o classificado como risco intermediário tem entre 10 e 20% de chance de um evento cardiovascular em dez anos. O seguimento deve ser pelo menos semestral e é desejável que seja incluído em atividades coletivas de educação em saúde.

Aquele classificado como alto risco tem mais de 20% de chance de ter um evento cardiovascular em dez anos ou lesão de órgão alvo como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. Deve ser seguido trimestralmente e incluído em atividades de educação em saúde (BRASIL, 2013).

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Atendimento dos hipertensos e diabéticos” que não é realizado de forma organizada e sistematizada, sem implementação de critérios objetivos para o processo de atenção à saúde.

Várias situações o caracterizam:

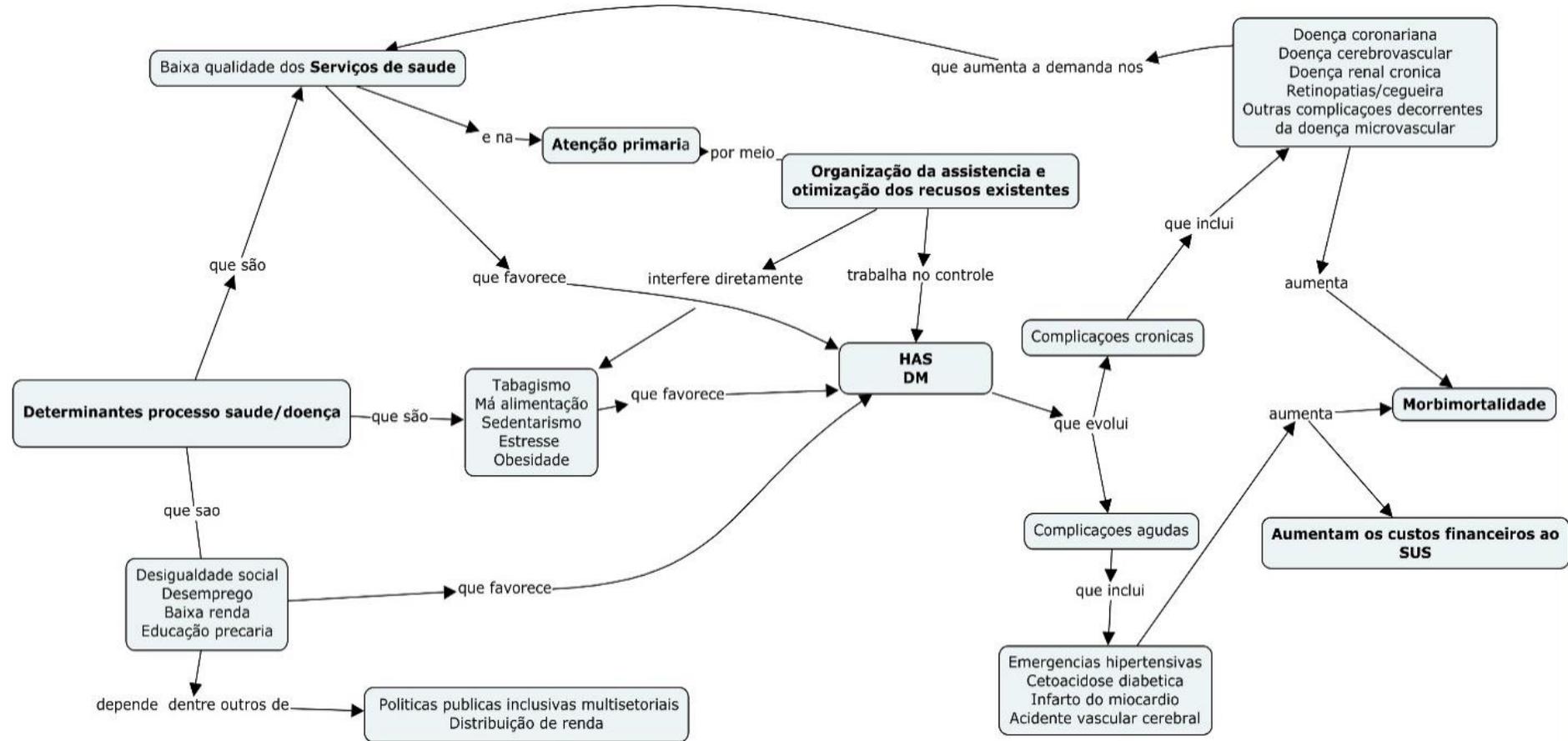
- Desconhecimento, pela equipe de saúde, das pessoas que evoluem com diabetes e hipertensão arterial sistêmica (HAS) na área de abrangência.
- Desorganização da atenção ao paciente hipertenso e diabético.
- Realização do grupo operativo hipertensão/diabetes (HAS/DM) sem articulação com outras estratégias assistenciais praticadas pela equipe
- Evolução desfavorável dos indivíduos com HAS/DM que não recebem a assistência adequada, em desacordo com as práticas baseadas em evidências ou mesmo os protocolos clínicos instituídos, passando, por vezes, anos sem uma consulta médica/enfermagem, o que aumenta o desenvolvimento de doenças secundárias à HAS/DM, elevação do número de internações hospitalares e, por fim, de óbitos, principalmente diretamente relacionados a doenças cardiovasculares.

O enfrentamento desse problema parece gerar um impacto positivo imediato na reorganização do processo de trabalho e melhoria da qualidade da assistência diretamente para este grupo populacional e indiretamente para todos, uma vez que reduziria a demanda de consultas e demandas de toda ordem, por permitir que a equipe dedique mais tempo ao restante da população.

### **6.2 Explicação do problema selecionado**

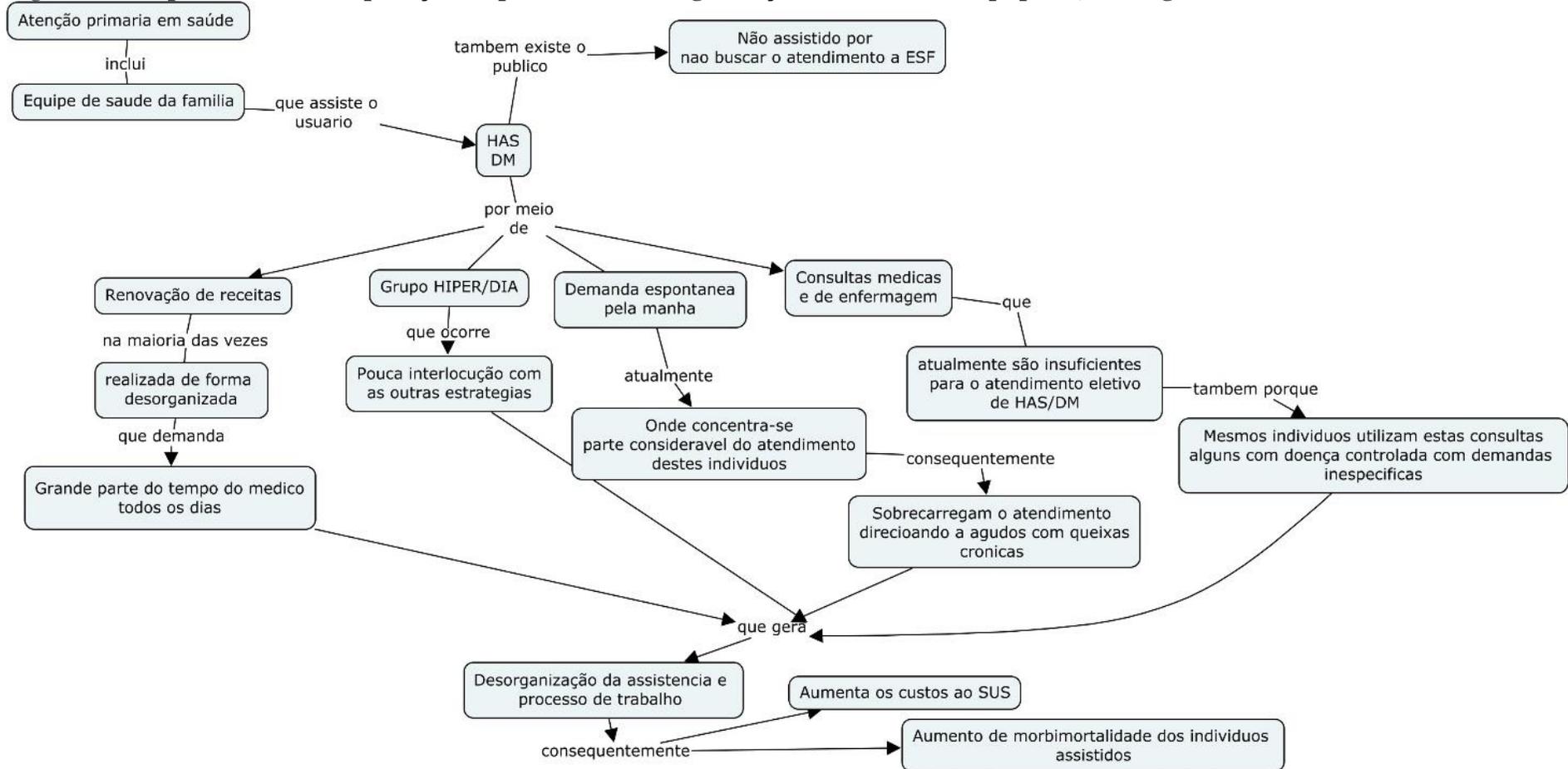
Diante do problema selecionado, os fluxos seguintes (Figuras 1 e 2) traçam relações explicativas.

Figura 1 – Explicação do problema: mapa-conceitual



Fonte: BRASIL (2013 a; 2014)

**Figura 2 – Mapa conceitual: Explicação do problema - desorganização da assistência equipe 18, Contagem/ Minas Gerais**



Fonte: Equipe de Saúde da Família 18, Contagem/Minas Gerais

### 6.3 Seleção dos nós críticos

Em função da desorganização da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, para o que a equipe não tem sido capaz de proporcionar um cuidado adequado, alguns nós críticos foram identificados como causas intermediárias do problema prioritário. Esses nós são, então, entendidos como problemas intermediários que, resolvidos, também resolvem ou minimizam o problema principal. Foram considerados três:

- 1 – Falta de um banco de dados com os usuários com *diabetes mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial, com registro social, classificação de risco, registro clínico e de tratamento instituído.
- 2 - Falta de planejamento e programação para agendamento de consultas eletivas e espontâneas, controle de exames e de renovações de receitas médicas
- 3 - Falta de acompanhamento das atividades do grupo operativo HAS/DM como estratégia de práticas educativas

### 6.4 Desenho das operações (sexto passo)

O plano de intervenção ao problema prioritário comporta, pois, três projetos, cada um deles relacionado à solução de um nó crítico, com a identificação das **operações** a serem executadas para o **projeto**, os **resultados e produtos esperados**, os **recursos necessários**, quais são e quem controla os **recursos críticos**, em que **prazo e sobre responsabilidades** as ações serão desenvolvidas e acompanhadas, e como será o **processo de monitoramento e avaliação das operações**.

Esses detalhes estão descritos nos Quadros 3 a 5, a seguir.

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 18, do município de Contagem, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	Falta de um banco de dados com os usuários com diabetes mellitus tipo e hipertensão arterial, com registro social, classificação de risco, registro clínico e de tratamento instituído
<b>Operação (operações)</b>	Classificar o risco cardiovascular e de gravidade da doença do usuário com DM/HAS e criação de um banco de dados
<b>Projeto</b>	+ <b>Dados das DCNT</b>
<b>Resultados esperados</b>	Classificar risco de todos os HAS e DM cadastrados, criação e manutenção de um banco de dados bem como organizar o atendimento eletivo com enfermeiro e médico além de direcionar e articular com o grupo operativo já estruturado
<b>Produtos esperados</b>	Classificação de risco cardiovascular HAS e DM e criação de um banco de dados de todos os envolvidos na área de abrangência ESF
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Articulação da equipe; disponibilização de computadores (neste momento de membros da equipe), a em processo de instalação os próprios da unidade fornecidos pelo MS e-SUS Cognitivo: Informações quanto aos protocolos ministério da saúde, estado de MG, municipal Financeiro: mínimos, providos pela própria equipe Político: articulação da equipe
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Organização dos prontuários Cognitivo: Revisar literatura para definição dos escores e variáveis a serem utilizadas Político: Conseguir apoio do profissional da enfermagem e agentes comunitários de saúde. Financeiro: para aquisição de recursos de papelaria
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Favorável uma vez que os recursos críticos estão sob controle da equipe saúde da família.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto para toda a equipe e pactuar os papéis de cada um
<b>Prazo</b>	Em três meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico, Enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	A partir do estabelecimento de prazos, os responsáveis pelo acompanhamento irão sinalizar como operação finalizada ou não finalizada para o estabelecimento de novo prazo se necessário.

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema” atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 18, do município de Contagem, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 2</b>	Falta de planejamento e programação para agendamento de consultas eletivas e espontâneas, controle de exames e de renovações de receitas médicas
<b>Operação (operações)</b>	Acompanhamento sistemático dos usuários com HAS/DM a partir da classificação de risco utilizando o instrumento da agenda bem como renovações de receitas medicas conforme os critérios estabelecidos.
<b>Projeto</b>	<b>Agenda certa</b>
<b>Resultados esperados</b>	Determinar por instrumento da agenda as consultas eletivas dos usuários HAS/DM baseado na classificação de risco e Organização da realização e entrega das receitas medicas dos usuários HAS/DM
<b>Produtos esperados</b>	Agenda com consultas eletivas determinadas pela equipe dos usuários HAS/DM da área de abrangência ESF e planejamento na realização e entrega das receitas usuários HAS/DM da área de abrangência ESF
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: articulação da equipe Cognitivo: organização da agenda medica e da enfermeira Financeiro: mínimos promovidos pela própria equipe Político: articulação da equipe
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: agenda medica e da enfermeira Político: articulação entre os profissionais envolvidos e decisão de aumentar a responsabilidade do usuário com sua receita e remete-lo ao tratamento com humanização. Financeiro: recursos da própria equipe por serem mínimos e recursos necessários para a estruturação do serviço do farmacêutico/ou da equipe que libera e orienta a medicação.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Favorável uma vez que os recursos críticos estão sob controle da equipe saúde da família e farmácia distrital
<b>Ações estratégicas</b>	Agendamento de consultas eletivas conforme banco de dados e classificação de risco A partir do banco de dados e classificação de risco, disponibilização da receita medica ao usuário sem que o mesmo precise busca-la em atendimento de agudo na demanda espontânea
<b>Prazo</b>	Em cinco meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico, Enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	A partir do estabelecimento de prazos, os responsáveis pelo acompanhamento irão sinalizar como operação finalizada ou não finalizada para o estabelecimento de novo prazo se necessário.

**Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema” atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 18, do município de Contagem, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 3</b>	Falta de acompanhamento das atividades do grupo operativo HAS/DM como estratégia de práticas educativas
<b>Operação (operações)</b>	Organizar o grupo de hipertensos e diabéticos
<b>Projeto</b>	<b>Cuidado em grupo</b>
<b>Resultados esperados</b>	Realização de grupo operativo voltado para os HAS/DM pautado em práticas educativas em saúde.
<b>Produtos esperados</b>	O grupo como estratégia de promoção da saúde HAS/DM da área de abrangência ESF
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: estabelecimento dos melhores espaços físicos para a realização dos grupos na própria unidade de saúde ou na comunidade Cognitivo: elaboração das temáticas mais relevantes e metodologia a ser utilizada Financeiro: mínimos promovidos pela própria equipe Político: articulação da equipe e comunidade
<b>Recursos críticos</b>	Político: articulação entre os setores de saúde, comunidade e adesão dos profissionais Financeiro: a serem definidos conforme cronograma e metodologia para cada reunião do grupo
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Favorável uma vez que os recursos críticos estão sob controle da equipe saúde da família e a comunidade
<b>Ações estratégicas</b>	Realização de grupos operativos na unidade de saúde e na comunidade com datas e temas pré-definidas. Convites serão entregues aos usuários cadastrados no banco de dados e por meio de panfletos e cartazes na unidade de saúde
<b>Prazo</b>	Início em três meses e termino em 12 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico, Enfermeira, técnica em enfermagem; ACS.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	A partir do estabelecimento de prazos, os responsáveis pelo acompanhamento irão sinalizar como operação finalizada ou não finalizada para o estabelecimento de novo prazo se necessário.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS e DM são doenças de alta prevalência e grande relevância no contexto da atenção primária em saúde. No cotidiano do trabalho em saúde, o grande volume de pessoas assistidas pelas equipes de saúde da família faz com que o cuidado seja frequentemente negligenciado, resumindo a renovações automáticas de receitas, consultas breves por meio de demanda espontânea e reunião de grupos com caráter burocrático sem propósito na melhoria da vida das pessoas.

O resultado é a piora gradativa da condição de saúde com lesões de órgão alvo que senão aumentam a morbidade levam a óbito precocemente. Para as pessoas e as famílias perda inestimável, para o sistema de saúde elevação substancial dos custos e inviabilidade progressiva do próprio sistema.

Para que seja possível assistir os indivíduos e as coletividades de forma adequada, é necessário que haja organização da assistência, uma vez que indivíduos diferentes têm necessidades diferentes.

Torna-se necessário resgatar valores da atenção primária a saúde que estão intrínsecos aos princípios do próprio SUS, que envolve atender as pessoas de forma integral e equânime, apoiados por ações não só curativas, mas de prevenção e promoção à saúde, enfim, aplicar o conceito de cuidado de forma abrangente.

Para tanto, estratégias de organização local do processo de trabalho em saúde são fundamentais, mas também é necessário que haja planejamento e melhor gestão dos sistemas de saúde por parte dos governantes, para que haja apoio técnico, organização justa do território e recursos de toda ordem para melhoria das condições de trabalho.

No âmbito local, a Equipe 18 buscou esta organização da assistência ao usuário com HAS e DM que dentre as doenças crônicas são as que sempre demandaram maior energia da equipe e muitas vezes com a frustração de ações desordenadas que geravam pouco impacto.

A expectativa é que com estas novas propostas a equipe possa trabalhar mais motivada e a população possa ser mais bem assistida.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. 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)**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>. Acesso em: 28 out. 2016.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016a. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@Minas Gerais. Contagem**. Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311860&search=minas-gerais|contagem>. Acesso em: 12 out. 2016

BRASIL. **Lei 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Acesso em: 28 abr. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_ca\\_b36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_ca_b36.pdf). Acesso em: 28 abr. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia de cuidados a pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: Acesso em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia de cuidados a pessoa com doença crônica**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: Acesso em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab\\_35.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab_35.pdf)

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1888. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 28 abr. 2017.

CAMPOS, F.C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 12 de nov. 2016

CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. Editora HUCITEC, 2006

CONH, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil, Políticas e Organização de Serviços**. São Paulo: Ed cortez, 1996.

CONTAGEM. Secretaria de Saúde de Contagem. Conselho Municipal de Saúde de Contagem. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Contagem, 2014. Disponível em: <http://novo.contagem.mg.gov.br/?legislacao=581282>. Acesso em: 10 out. 2016

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>. Acesso em: 20 out. 2016

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2 Ed. Nescon/UFMG. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo\\_de\\_trabalho\\_em\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3). Acesso em: 20 out. 2016

MENDONÇA, C. S. Saúde da família, agora mais do que nunca. **Cien Saúde Colet**, v. 14, Supl. 1, p. 1493- 1497, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a22v14s1.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde Estado de Minas Gerais. **Linha guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia\\_de\\_hipertensao.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf). Acesso em: 10 nov. 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO\\_NMC\\_CCH\\_02\\_01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02_01_por.pdf). Acesso em: 28 out. 2016.

PIMENTA, H.B.; CALDEIRA, A. P. **Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. e saúde Coletiva**. **Cien Saude Colet** v. 19. n.6. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000601731](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601731). Acesso em: 10 mar. 2014.

RIBEIRO, A. G.; COTTA R, M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Cien Saúde Colet** 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a02v17n1.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, 2016. Suplemento 1. Disponível em:  
[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf). Acesso em: 27 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999. Disponível em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO\\_NCD\\_NCS\\_99.2.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf). Acesso em: 28 out. 2016.