

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

SUZILEI FERREIRA SILVA FARIA

**ESTRATÉGIAS PARA ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES
DE HIPERTENSÃO E DIABETES NA ESF DR. CÁSSIO MACEDO,
CAPINÓPOLIS/MG**

UBERABA - MINAS GERAIS

2013

SUZILEI FERREIRA SILVA FARIA

**ESTRATÉGIAS PARA ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES
DE HIPERTENSÃO E DIABETES NA ESF DR. CÁSSIO MACEDO,
CAPINÓPOLIS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

UBERABA - MINAS GERAIS

2013

SUZILEI FERREIRA SILVA FARIA

**ESTRATÉGIAS PARA ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES
DE HIPERTENSÃO E DIABETES NA ESF DR. CÁSSIO MACEDO,
CAPINÓPOLIS/MG**

Banca Examinadora:

Ms Fernanda Carolina Camargo

UFTM

Ms Eulita Maria Barcelos

UFMG/NESCON

Aprovado em Belo Horizonte ___/___/___

“Mas aqueles que contam com o Senhor renovam suas forças.”
Isaiás, 40

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus que me guiou até aqui; ao meu esposo Lenilson e a minha filha Amanda que suportaram minha ausência, mas em todo momento sendo companheiros no amor, na vida e nos sonhos, que sempre me apoiaram nas horas difíceis e compartilharam comigo as alegrias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois é Ele quem me ajudou e tem me sustentado.

Aos meus pais que sempre me encorajaram a lutar pelos meus sonhos.

Ao meu esposo que sempre confiou em mim

A Dirce e aos meus sobrinhos Sara e Vitor, que cuidaram do meu tesouro: Amanda, enquanto eu estava nos encontros presenciais.

A minha tutora e orientadora Ms Fernanda Carolina Camargo pelo grande apoio e contribuição durante todo o curso.

Aos demais tutores, secretários do Polo de Uberaba/MG e a Coordenação do Curso proporcionarem um espaço favorável a minha aprendizagem.

A minha equipe de trabalho do PSF Dr. Cassio Macedo e à comunidade da área de abrangência, na qual coletei todos os dados para fazer as atividades durante o Curso de Especialização.

A todos que contribuíram direta e indiretamente para o sucesso desta jornada.

RESUMO

Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) constituem problema de saúde de grande magnitude para o Sistema Único de Saúde (SUS). Na prática assistencial, diagnóstico e tratamento dessas doenças são ações críticas, por serem, na maioria das vezes, patologias assintomáticas. Esta realidade acaba por resultar em baixa adesão ao tratamento prescrito. Desta maneira apresenta-se como desafio às equipes de Saúde da Família (SF), o aprimoramento da assistência aos portadores desses agravos. O presente estudo objetiva apresentar proposta de intervenção para melhorar o acompanhamento aos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência da Estratégia da Saúde da Família (ESF) Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG. O desenvolvimento desta proposta baseou-se nas etapas do Planejamento Estratégico em Saúde (PES), discutida durante o Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF), utilizando-se do diagnóstico situacional de saúde pelo emprego da técnica da estimativa rápida. Sobre os resultados, entre as doenças referidas pela população cadastrada, os agravos da hipertensão arterial (16,74%) e da diabetes (4,16%) são os mais prevalentes. Há uma concentração de ações de saúde voltadas para a atenção aos agravos da HA (32,33%) e DM (15%) na equipe. Após a descrição dos nós-críticos e o desenho das operações, foram propostas como ações para enfrentamento do risco cardiovascular aumentado, os projetos: *Descobrimento Já*, *Saúde para Todos* e *Cuidar Melhor*. De modo geral, essas ações apresentam-se como potenciais na ordenação do processo de trabalho da ESF, como ferramenta estratégica para acompanhamento dos portadores dessas doenças crônicas.

Descritores: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Planejamento em Saúde. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Arterial hypertension (AH) and Diabetes Mellitus (DM) constitute health problem of great magnitude for the Unified Health System (SUS). In care practice, diagnosis and treatment of these diseases are critical actions, being, in most cases, asymptomatic diseases. This reality eventually result in poor adherence to prescribed treatment. In this way presents itself as a challenge to the Family Health Teams (SF), the improvement of care for patients with these diseases. The present study aims to present a proposal for action to improve monitoring patients with hypertension and diabetes the area covered by the Family Health Strategy (FHS) Dr. Cassio Macedo, Capinópolis / MG. The development of this proposal was based on the steps of Strategic Planning in Healthcare, discussed during the Specialization Course in Primary Care and Family Health (CEABSF), using situational diagnosis health by employing the technique of rapid assessment . About the results, among the diseases listed by the registered population, the complications of hypertension (16.74%) and diabetes (4.16%) are the most prevalent. There is a concentration of health actions for attention to the grievances of HA (32.33%) and DM (15%) on staff. After the description of the nodes and the design-critical operations, such actions have been proposed to cope with the increased cardiovascular risk, projects: *Descobrimento Já*, *Saúde para Todos* and *Cuidar Melhor*. In general, these actions are presented as potential in the ordering process FHT work as a strategic tool for monitoring patients with these chronic illnesses.

Descriptors: Hypertension. Diabetes Mellitus. Health Planning. Family Health Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 01 - Mapa do município de Capinópolis/MG, 2012.....	12
Tabela 01 - Distribuição do número de pessoas cadastradas por sexo e do número de famílias, conforme microareas da ESF Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.....	14
Tabela 02 -Distribuição da população cadastrada conforme características demográficas, faixa etária e sexo, na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.....	15
Tabela 03 - Distribuição das morbidades referidas pela população cadastrada na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.....	15
Tabela 04 - Distribuição de indicadores de produção do serviço de saúde conforme grupos assistenciais prioritários na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.....	16
Quadro 01. Descrição da primeira etapa de priorização das demandas de saúde ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.....	18
Quadro 02. Descrição da segunda etapa de priorização das demandas de saúde e sua seleção na ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.....	18
Quadro 3: Descrição dos nós-críticos e o desenho das operações para enfrentamento do risco cardiovascular aumentado na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.....	20
Quadro 4. Apresentação dos recursos necessários conforme projeto/operação para enfrentamento do risco cardiovascular aumentado na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.....	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	<i>Objetivo geral</i>	15
2.2	<i>Objetivos específicos</i>	15
3	MATERIAIS E MÉTODO	16
4	RESULTADOS	18
4.1	<i>Diagnóstico da Situação de Saúde da ESF Dr. Cássio Macedo</i>	18
4.2	<i>Proposta de Intervenção</i>	23
5	DISCUSSÃO	30
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	35

APRESENTAÇÃO

Como enfermeira, graduada em janeiro de 2009 pela Universidade Presidente Antônio Carlos, tenho trabalhado na estratégia Saúde da Família desde junho de 2010, equipe Saúde da Família (ESF) Dr. Cássio Macedo, em Capinópolis, triângulo mineiro.

Para aperfeiçoar conhecimentos e habilidades, que já possuía, para a gestão dos casos em saúde, a fim de melhorar a cada dia minha prática na atenção primária a saúde, oferecendo uma assistência de qualidade aos usuários, senti a necessidade de realizar um curso de especialização, onde este foi oportunizado no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF/UNIFAL). Sendo essa experiência marcante para o sucesso do meu objetivo.

A motivação para trabalhar na saúde da família vem da vontade de desenvolver a profissão de enfermeira, com eficiência e resolutividade, buscando um elo entre equipe multiprofissional e a comunidade, ampliando as perspectivas de promoção de saúde.

A abordagem ao problema dos usuários portadores de *Hipertensão Arterial (HA)* e de *Diabetes Mellitus (DM)* se deve pela sua magnitude observada na prática cotidiana, junto à equipe de saúde na atenção aos nossos usuários cadastrados. Declaro que é um dos problemas de saúde mais comumente abordado pela equipe de saúde da família.

Trata-se de doenças crônicas e evolutivas, que sozinhas ou em conjunto podem culminar em diversas complicações, sendo que o acompanhamento e a abordagem adequada contribuem com efeito para minimizá-las. Neste sentido, é essencial que a prática clínica esteja apoiada nas recomendações clínicas atualizadas. Mas, diante a complexidade das abordagens na saúde da família, por meio deste trabalho de conclusão de curso, venho apresentar a experiência da equipe onde atuo para qualificar/otimizar a atenção à saúde aos portadores deste agravo e identificar aqueles que ainda não são cadastrados como hipertensos e/ou diabéticos, a fim de contribuir para o fortalecimento da Saúde da Família no manejo desses casos, no sentido da qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (BRASIL, 2012a).

Observa-se que no Sistema Único de Saúde (SUS), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações por ano, provocando um alto custo ao sistema, aproximado de 475 milhões de reais, mesmo sem incluir os gastos com procedimentos de alta complexidade (BRASIL, 2002).

Para o Ministério da Saúde (2002), a Hipertensão Arterial (HA) e do Diabetes Mellitus (DM), essas patologias são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, causam inúmeras complicações em diversos órgãos, como rins, olhos, coração, cérebro, dentre outros. Cerca de 40% das aposentadorias precoces decorrem das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006a;2006b).

Existem cerca de 17 milhões de pessoas portadoras desses agravos no Brasil. Estimativas mostram que aproximadamente 4% das crianças e adolescentes e, pelo menos 65% dos idosos brasileiros sejam hipertensos associados ou não ao DM (BRASIL, 2012a). Neste contexto, o DM associado a HA, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise (BRASIL, 2006a; 2006b).

Observa-se que pela prática cotidiana em saúde, o diagnóstico e o tratamento da DM e da HA são frequentemente negligenciados, por serem, na maioria das vezes, patologias assintomáticas. Esta realidade acaba por resultar em baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (SILVA *et al.*, 2011).

Com a finalidade de minimizar os impactos no setor saúde, decorrentes das sequelas da Hipertensão Arterial (HA) e do Diabetes Mellitus (DM), o Ministério da Saúde implantou

o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, e posteriormente o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA) a ser gerenciado principalmente nas unidades de atenção básica do SUS, aprovado pela Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002, que estabelecem diretrizes e metas para a reorganização da assistência desses usuários no SUS (BRASIL, 2005).

Pauta-se em um plano de ação que intenciona investir na atualização dos profissionais da rede básica, oferecer garantia do diagnóstico, proporcionar vinculação do usuário às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promover a reestruturação e ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade às pessoas com HA e DM (BRASIL, 2002).

Desta maneira, torna-se uma das mais relevantes competências dos serviços primários de saúde do SUS apresentarem atuações efetivas no controle dos agravos hipertensão e DM. Frente a essa realidade, a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto principal estratégia de organização da atenção primária no SUS; caracteriza-se como cenário propício para um esforço articulado, interdisciplinar e intersetorial para garantir a adequada cobertura assistencial aos portadores de DM e/ou HAS, ou a população em risco para o seu desenvolvimento, no seu território de atuação (BRASIL, 2012a).

Vale ressaltar que a Atenção Básica caracteriza-se por:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2012a, p.19).

Deve ser concebida como o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, reafirmando os princípios doutrinários do SUS como a universalidade, garantindo o acesso, por um trabalho em rede e coordenado, por meio de tecnologias relacionais como vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para qualificar o cotidiano do trabalho de uma equipe de saúde da família na abordagem aos portadores dos agravos HA associados ou não ao DM, constituindo-se assim caracterizar a situação de saúde aos portadores de HA e DM e descrever possibilidade assistencial contextualizada aos portadores de HA e DM, na estratégia de saúde da família.

.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apresentar proposta de intervenção para o acompanhamento dos portadores de HA e DM da área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar a situação de saúde aos portadores de HA e DM na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG.

Descrever possibilidade assistencial contextualizada aos portadores de HA e DM, na estratégia de saúde da família.

3 MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se da apresentação de proposta de intervenção. O desenvolvimento desta proposta baseou-se nas etapas do Planejamento Estratégico em Saúde (PES) discutida durante o Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF). Conforme Campos; Faria e Santos (2010) o PES compreende a leitura de realidade de um espaço socialmente produzido, vislumbrando ações que superem os conflitos situados. De forma geral, considera que não há um conhecimento único que objetiva a realidade, mas sim que há uma explicação dessa realidade que depende da inserção de cada ator social. De forma que:

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), a partir dos seus fundamentos e métodos, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluído a população e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação (CAMPOS; FÁRIA; SANTOS, 2010, p. 26).

Para a construção da proposta de intervenção sob essa perspectiva conceitual, utilizou-se do diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, pelo emprego da técnica da estimativa rápida (CAMPOS; FÁRIA; SANTOS, 2010).

De acordo com Silveira (1998) a técnica da estimativa rápida, também conhecida como Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um instrumento utilizado para investigar a problemática de saúde de um determinado território, partindo de respostas da própria população em conjunto com os administradores de saúde a fim de investigar os principais problemas e elaborar um plano de ação.

Foram obtidas informações que pudessem refletir as condições de saúde da área de abrangência, através da observação ativa do território, coleta de dados secundários pertinentes a questão de estudo e entrevista com informantes-chave. Os dados secundários foram originados de informações dos relatórios sínteses do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Neste contexto, a construção do plano de ação, ocorreu de forma participativa, por meio de reuniões entre comunidade e equipe de saúde, contemplando a definição e priorização dos problemas de saúde da ESF Dr. Cássio Macedo, descrição dos nós críticos e desenho das

operações. Informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados construído no software *Excel*®. A análise apresenta-se por estatística descritiva por frequências absolutas (n) e em porcentagem (%). E, as demais informações categóricas foram organizadas em esquemas e quadros para sua melhor compreensão.

4 RESULTADOS

4.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA ESF DR. CÁSSIO MACEDO, CAPINÓPOLIS/MG.

O município de Capinópolis situa-se na região norte do Triângulo Mineiro, no baixo vale do rio Paranaíba limitando-se ao norte com o município de Cachoeira Dourada, ao sul com Ituiutaba, a leste com o município de Canápolis e a oeste com Ipiaçu. É cortado por duas rodovias de responsabilidade estadual: A MG 154 e a MG 226, e apresenta hidrografia o Rio Paranaíba (IBGE, 2010).



Figura 01. Mapa do município de Capinópolis/MG, 2012.

Segundo o levantamento do IBGE (2010), o município de Capinópolis é composto por 15.297 habitantes e uma população flutuante média de 2.500 no período da safra. No município existem 5 ESF's, sendo elas: Unidade de saúde Augusto Alves Garcia, Unidade de saúde Otavio Bernadelli, Unidade de saúde Dr. Cassio Macedo, Unidade de saúde Família Jarbas Fontoura e Unidade de saúde Oswaldo Prado, na qual a última ainda não foi inaugurado.

No total estas unidades contabilizam: 28 agentes comunitárias de saúde; 4 médicos; 8 técnicas de enfermagem; 7 auxiliares de consultório dentário; 4 psicólogos; 1 nutricionista; 4 auxiliares administrativas; 8 profissionais de serviços gerais; 4 enfermeiras (CADERNOS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE, 2013). As principais atividades desenvolvidas pelas ESF's são: acolhimento e classificação de risco, reuniões, grupos operativos como, de acompanhamento aos portadores de Hipertensão e Diabetes o HIPERDIA, atendimentos às gestantes, consultas médicas, atendimento odontológico, visitas domiciliares e vacinação.

Historicamente, em 1998, os dois postos de saúde que existiam no município, passaram por reformas e, então, foram implantadas as primeiras equipes da Saúde da Família (ESF). Em 2001, foram implantadas mais duas ESF's - Dr. Cássio Macedo ou ESF 3, localizado no bairro Alvorada e Família Jarbas Fontoura ou ESF 4, localizado no bairro Ideal. As quatro unidades funcionaram em apenas dois prédios, sendo que o ESF Augusto Alves Garcia (ESF 1) ficou juntamente com o ESF Dr. Cássio Macedo (ESF 3) e ESF Otávio Bernardeli (ESF 2) ficou funcionando juntamente com o ESF Família Jarbas Fontoura (ESF 4) até que suas unidades ficassem prontas (PREFEITURA DE CAPINÓPOLIS, 2013).

Entre essas equipes, a ESF Cássio Macedo fica localizada ao Sudeste do Município, tendo como limites: Sul- ESF Otávio Bernardelli; Oeste- ESF Família Jarbas Fontoura; Norte- ESF Osvaldo Prado; Nordeste- ESF Augusto Alves Garcia. Pertencem a esta área de abrangência os bairros: Alvorada I, II, III; Wagner de Paula I e II; Barbosa; Bela Vista; parte do Centro e Brasília. Fica localizado no seguinte endereço: Rua 116, número 874, bairro Alvorada (PREFEITURA DE CAPINÓPOLIS, 2013).

Apresenta funcionamento de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 17:00 horas . Contando com um horário de atendimento médico generalista no período noturno na quarta-feira das 17:00 às 21:00 horas e do médico psiquiatra uma vez por mês das 17:00 às 21:00 horas. Os demais trabalhadores de saúde da ESF Cássio Macedo são: 1 Enfermeira ; 1 Psicólogo; 1 Dentista; 1 técnico de saúde bucal; 1 nutricionista; 7 Agentes comunitários de saúde (ACS); 2 Técnicos de enfermagem; 1 Auxiliar administrativo; 1 Auxiliar de serviços gerais.

, A unidade também oferece outros serviços de saúde como: realização de curativos, vacinas, aferição da pressão arterial, verificação de glicemia capilar, retirada de pontos; consultas de pré-natal, puericultura, de hipertensos, de diabéticos, de idosos e de saúde mental, realizadas

pela a enfermeira e pelo médico alocados na unidade; atendimento médico noturno de acordo com o Programa Saúde do Trabalhador; consultas de enfermagem e médicas de acordo com a demanda programada e espontânea; coleta de citologia de colo uterino realizada pela enfermeira; realização do teste do pezinho pela enfermeira; visitas domiciliares realizadas pela a enfermeira, técnica de enfermagem e médico; visitas domiciliares realizadas diariamente pelos agentes comunitários de saúde (ACS); visita rural; encaminhamento de exames complementares para a Secretaria Municipal de Saúde; fornecimento de materiais para a realização de curativos; acolhimento com classificação de risco (Protocolo Manchester) realizado pela enfermeira; consulta com psicóloga; consulta com nutricionista; atendimento odontológico; encaminhamento para atendimento com fisioterapeuta, neurologista, ginecologista, otorrinolaringologista, pediatra, cardiologista e demais especialidades médicas; reunião com os grupos operativos de diabéticos, hipertensos, gestantes, puericultura e planejamento familiar; promoção em saúde realizada através de sala de espera executada pelas ACS's abordando tema pré-estabelecido para os pacientes que aguardam atendimento.

A ESF Cássio Macedo atende a 1.261 famílias cadastradas, totalizando 3.737 pessoas, com média de 180 famílias cadastradas por micro área (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do número de pessoas cadastradas por sexo e do número de famílias, conforme micro áreas da ESF Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.

Micro área	Masculino	Feminino	Nº Famílias
01	223	230	167
02	317	321	202
03	221	229	163
04	235	227	160
05	217	228	158
06	297	297	191
07	343	342	220

A área de abrangência é subdividida em sete micro-áreas sendo que cada micro-área é acompanhada por um agente comunitário de saúde (ACS) .

Das pessoas cadastradas são do sexo masculino 49,72% e do sexo feminino 50,28% e, a faixa etária predominante independente do sexo são das pessoas adultas entre 20 a 49 anos (Tabela 2). Vale destacar que todas as crianças em idade escolar estão matriculadas e frequentes.

Tabela 2. Distribuição da população cadastrada conforme características demográficas, faixa etária e sexo, na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Menor de 1 ano	21	0,55	21	0,55
1 a 4 anos	87	2,26	91	2,36
5 a 9 anos	121	3,14	119	3,10
10 a 14 anos	152	3,95	146	3,80
15 a 19 anos	180	4,68	160	4,17
20 a 49 anos	874	22,74	929	24,18
50 a 59 anos	206	5,36	194	5,05
60 anos e mais	263	6,84	278	7,23
Total	1904	49,52	1938	50,48

Sobre os aspectos ambientais, 99,38% possuem rede de esgoto, o destino do lixo é a coleta pública em 99,92%, 99,69% de moradias tem iluminação pública, 99,37% das residências com água tratada e 100% das moradias são de alvenaria, conforme informações do SIAB (2012). Há algumas chácaras a poucos quilômetros da Unidade de Saúde desprovidas de saneamento básico e água tratada, onde residem algumas famílias em situação de risco.

Em relação aos aspectos epidemiológicos da população cadastrada, observa-se que a morbidade prevalente aos agravos HA (16,74%) e DM (4,16%), frente a relação das doenças referidas pela população durante o cadastro familiar pelo ACS (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das morbidades referidas pela população cadastrada na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.

Morbidade	Total	%
Alcoolismo	9	0,23
Doença de Chagas	13	0,34
Deficiência	14	0,36
Epilepsia	20	0,52
Diabetes	160	4,16
Hipertensão Arterial	643	16,74
Tuberculose	1	0,03
Hanseníase	3	0,08

A própria produção assistencial da equipe aponta para uma concentração de ações de saúde voltadas para a atenção aos agravos HA (32,33%) e DM (15%) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição de indicadores de produção do serviço de saúde conforme grupos assistenciais prioritários na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.

Indicador	2012
% Puericultura	4,67
% Pré-natal	4,49
% prevenção do câncer do colo uterino	6,33
% diabetes	15,0
% hipertensão	32,33
% hanseníase	0,56
% tuberculose	0,00

Desta maneira, a observação ativa das demandas da unidade, os registros institucionais, e o contato aproximado com a população, convergiram à identificação de prioridade para o enfrentamento dos problemas de saúde da área da ESF Dr. Cassio Macedo, pela equipe de saúde, fosse a alta prevalência de portadores de HA e DM.

4.2. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi uma ferramenta de trabalho que possibilitou problematizar a situação de saúde da ESF Dr. Cássio Macedo. Em reunião da equipe, foram apresentados os problemas de saúde mais relevantes na área, e a equipe desenvolveu um processo de priorização desses problemas, na composição de estratégias para o seu enfrentamento.

Após o levantamento dos problemas, houve uma priorização que se pautou na teoria do Triângulo de Matus: Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

- a) O projeto de governo, entendido como a proposta de meios e objetivos que compromete uma mudança para a situação esperada,
- b) A capacidade de governo, que expressa a perícia para conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta, e
- c) A governabilidade do sistema, que sintetiza o grau de dificuldade da proposta e do caminho que deve percorrer-se, verificável pelo grau de aceitação ou rechaço do projeto e a capacidade dos atores sociais para respaldar suas motivações favoráveis, adversas ou indiferentes.

Em um primeiro momento os problemas foram elencados conforme importância e a urgência, sendo que para a urgência foram considerados os seguintes critérios:

- a) Magnitude: quantidade de população afetada pelo problema (M);
- b) Vulnerabilidade: existência de meios para combater o problema (V);
- c) Eficácia: efeito dos meios que podem ser utilizados (E);
- d) Eficiência: relação entre os custos e os resultados das medidas adotadas (EF);
- e) Transcendência: gravidade e impacto do problema (T);
- f) Atitude da comunidade (A).

Para cada um desses critérios foi dada a pontuação: valor 01 para baixa prioridade, valor 02 para a prioridade média e valor 03 para o mais prioritário. A somatória desses valores indicam a prioridade da demanda. Segue quadro com a caracterização da primeira etapa de priorização

Quadro 1. Descrição da primeira etapa de priorização das demandas de saúde ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.

Problemas	M	V	E	EF	T	A	Total
Risco cardiovascular aumentado	3	3	3	3	3	2	17
Risco elevado de problemas muscular e ósseo	3	3	3	3	3	2	17
Elevado índice de notificação de dengue e catapora	3	2	3	2	3	3	16
Alto índice de tabagismo	2	2	2	3	3	2	14
Alto índice de alcoolismo	1	2	2	2	3	2	12
Acesso aos bancos e farmácias	3	3	3	3	3	1	16
Falta de opções de lazer	2	2	2	3	3	3	15
Lotes sujos	3	2	2	2	3	3	15
Risco de proliferação do <i>Aedes aegypt</i>	3	3	2	2	2	2	14
Poeira advinda da zona rural circunvizinha	3	2	2	1	3	3	14

No segundo momento, após a seleção da importância e da urgência dos problemas, a equipe de saúde definiu a sua capacidade de enfrentamento para cada problema, classificando a como:

- Capacidade de enfrentamento A: com algum esforço pode ser resolvido com a realização de atividades
- Capacidade de enfrentamento B: com algum esforço pode ser resolvido pelos ocupantes dos cargos imediatos/superiores
- Capacidade de enfrentamento C: não pode ser resolvido pelos superiores imediatos, porém podem ser minimizados com alguma atividade

Quadro 2. Descrição da segunda etapa de priorização das demandas de saúde e sua seleção na ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.

Priorização dos Problemas ESF Dr. Cássio Macedo						
Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento			Seleção
			A	B	C	
Risco cardiovascular aumentado	Alta	17	Sim, parcialmente	-	-	1
Risco elevado de problemas muscular e ósseo	Alta	17	Sim, parcialmente	-	Sim	2
Elevado índice de notificação de dengue e catapora	Alta	16	Sim	-	-	3

Alto índice de tabagismo	Alta	14	Sim, parcialmente	-	-	4
Alto índice de alcoolismo	Alta	12	Sim, parcialmente.	-	-	5
Acesso aos bancos e farmácias	Alta	16	-	-	Sim	6
Falta de opções de lazer	Alta	15	-	-	Sim	7
Lotes sujos	Alta	15	-	-	Sim	8
Risco de proliferação do <i>Aedes aegypt</i>	Alta	14	-	-	Sim	9
Poeira advinda da zona rural circunvizinha	Alta	14	Sim, parcialmente	-	-	10

Frente a essa realidade, o problema priorizado foi o risco cardiovascular aumentando, tendo em vista a capacidade de enfrentamento da equipe, a sua urgência e a importância. Vale destacar que a alta prevalência de portadores de HA e DM cadastradas na ESF, justificam essa realidade. Tendo em vista que o risco cardiovascular são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade da população brasileira e de todo mundo, gerando sofrimento pessoal e familiar, com alto custo financeiro e social. Dentre as doenças cardiovasculares, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Doença Coronariana Aguda (DCA), são responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta, 40% das aposentadorias precoces segundo o Instituto de Seguridade Social e por 14 % das internações na faixa etária de 30 a 69 anos (BRASIL, 2012b).

Entretanto, frente a realidade da ESF Dr. Cassio Macedo, algumas singularidades são retratadas para o agravamento desta situação de saúde, explicam o problema evidenciado como prioritário. Em nível individual dos moradores cadastrados, observam-se vulnerabilidades para o risco cardiovascular aumentado pela idade serem adultos, a etnia dos moradores de origem negra, o sedentarismo, a obesidade, o consumo de álcool, tabaco, dieta hiper sódica, e controles pouco efetivos da pressão arterial e da glicemia, dificuldade em realizar acompanhamentos de Saúde na UBS ou estar cadastrado na ESF.

No nível social: a baixa escolaridade da população adulta, a baixa renda das famílias e as condições de trabalho que apresentam fragilidades em vínculos empregatícios, sobrecarga de trabalho, carga horária ampliada, ou acúmulo de subempregos dificultam adoção de estilo de vida mais saudável. Já, no nível programático para as ações de saúde local observa-se que faltam ações estruturantes e programas sociais que disponham de local adequado para

informar todos aqueles que possuem o risco cardiovascular aumentado; há a necessidade dos empregadores introduzirem políticas de saúde, com ações voltadas ao bem estar dos seus funcionários; e urge o fortalecimento na organização dos serviços de saúde a ponto de ter ações protetoras a população que possua potencial risco cardiovascular.

Com isso, na próxima etapa do PES foi realizada a esquematização de ações para a superação das vulnerabilidades existentes entre a população da área de abrangência da ESF Dr. Cassio Macedo, frente ao risco cardiovascular aumentado (Quadro 3). As vulnerabilidades foram evidenciadas conforme os “nós-críticos” sendo eles definidos como: hipertensos e diabéticos não cadastrados no SIAB, o sub diagnóstico de hipertenso e diabéticos na área de abrangência do ESF Dr. Cássio Macedo colaborando para altos índices de complicações e ausência de atendimento sistematizado para a população hipertensa e diabética.

Quadro 3: Descrição dos nós-críticos e o desenho das operações para enfrentamento do risco cardiovascular aumentado na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.

Nós- críticos	Operação/Projeto	Resultado esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hipertenso e Diabéticos não cadastrados.	Descobrimto Já Reorganizar os cadastros através das visitas domiciliares, cadastrando-os na ficha A	100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados.	Campanha informativa pelos ACS Reorganização das informações de acompanhamento.	1. Organizacional -Adequar fluxos e montagem de arquivo específico. 2. Cognitivo - Treinamento da equipe 3. Financeiro – Aquisição do arquivo 4. Político – Envolvimento dos profissionais
Sub diagnóstico de hipertensão/diabetes	Saúde para Todos Distribuição de panfletos informativos esclarecendo a hipertensão e diabetes e seus sintomas potenciais.	100% das casas da área de abrangência terem recebido pelo menos 1 panfleto e facilitar o acesso do usuário ao SUS para diagnóstico precoce.	Campanha informativa pelos ACS Grupos na sala de espera para levantar possíveis hipertensos e diabéticos.	1. Organizacional -Planejamento da operação 2. Cognitivo - Divulgação 3. Político - sensibilização de todos os envolvidos.

Falta de atendimento sistematizado para população hipertensa e diabética	Cuidar Melhor Grupo de acompanhamento do Hiper/Dia uma vez ao mês 17:00 às 19:00 horas no PSF - para os trabalhadores.	Todos Hipertensos que trabalham fazer controle da pressão e diabetes pelo menos uma vez ao mês no PSF .	Controle pressórico adequado Diminuição dos riscos cardiovasculares Mudança dos hábitos de vida Uso correto da medicação prescrita pelo médico.	1. Organizacional - Planejamento do projeto e mudança no processo de trabalho. 2. Cognitivo – divulgação e sensibilização. 3. Político – envolvimento dos profissionais.
--	--	---	--	--

No planejamento das ações, na etapa seguinte, entre os recursos necessários para o desenvolvimento de cada projeto, foram evidenciados aqueles caracterizados como recursos críticos (Quadro 4). Os recursos críticos são:

- Cognitivo: capacitação da equipe;
- Organizacional: definir fluxo de atendimento;
- Político: Articulação intersetorial e mobilização da comunidade;
- Financeiro: Aquisição de recursos.

Quadro 4. Apresentação dos recursos necessários conforme projeto/operação para enfrentamento do risco cardiovascular aumentado na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.

Operação/Projeto	Recursos necessários
Descobrimento Já	Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional → organização da agenda; Político → articulação intersetorial.
Saúde para Todos	Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Político → articulação intersetorial (escolas, igrejas), conseguir espaço na rádio e televisão local; Financeiro → para aquisição de folhetos educativos.
Cuidar melhor	Organizacional → para organizar o trabalho mensal; Político → articulação inter equipe, mobilização social.

Para o desenvolvimento das ações, para a proposição das operações, é necessário descrever as operações estratégicas associando-as aos principais responsáveis e aos prazos para sua efetivação (Quadro 5).

Quadro 5. Apresentação dos projetos/operações para enfrentamento do risco cardiovascular aumentado, conforme responsáveis e prazos, na área de abrangência da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, 2012.

Operação Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Operação Estratégica	Responsáveis	Prazo
Descobrimto Já	- 100% dos hiperstensos e diabéticos cadastrados e acompanha dos.	-Reorganização dos sistemas de informações/acompanhamento hipertensos e diabéticos; - Implantação do plano de ação; -Levantamento mensal dos faltosos. -Agendamento de consultas para aqueles com pressão arterial glicose alterados.	- Apresentação do projeto a equipe; - Treinamento e sensibilização da equipe.	Enfermeira; Agentes Comunitários de Saúde; Técnico de enfermagem.	15 dias para treinamento; 15 dias para criar o arquivo rotativo; 1 mês para organização do fluxo e agenda de atendimento.
Saúde para Todos	Aumentar o número de diagnósticos e controle da pressão arterial e diabetes.	-Ações educativas; -Grupos operativos; - Mensuração da pressão e glicose de todos os pacientes atendidos; - Monitoramento do tratamento; - Treinamento periódico dos profissionais envolvidos.	- Apresentação do projeto a equipe; - Treinamento e sensibilização da equipe.	Enfermeira; Agentes comunitários de saúde; Técnico de enfermagem.	1 mês para planejamento dos grupos educativos, cronograma dos grupos e sensibilização da equipe.

Cuidar Melhor	100% dos hipertensos e diabéticos trabalhadores acompanhados pela enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Controle dos níveis pressóricos; - Uso adequado das medicações; - Mudança dos hábitos de vida; - Diminuição dos riscos cardiovasculares. 	- Apresentação e divulgação do projeto.	Enfermeira; Agentes Comunitários de Saúde; Técnico de enfermagem.	2 meses para implementação do projeto "Cuidar Melhor".
----------------------	---	---	---	---	--

5 DISCUSSÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da atenção básica à saúde nesse processo. A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (MENDES, 2002; SOUSA; HAMANN, 2009).

Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (ROSA; LABATE, 2005; FARIA *et al*, 2009; BRASIL, 2012a).

Neste contexto, a ESF surgiu como uma forma de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade, regionalização e hierarquização da rede e participação e controle social (BRASIL, 2012b). A ESF se define como um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzidos em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (ROSA; LABATE, 2005; FARIA *et al*, 2009).

Além do mais, espera-se um rompimento dos muros das Unidades de Saúde, através de abordagens que considerem a família como núcleo de intervenção. Para tanto as intervenções em saúde apoiam-se em abordagens complexas por tecnologias que compreendem a subjetividade na interação profissional de saúde e usuários do SUS, a educação em saúde, a promoção da saúde e intervenções para mudanças de comportamento em busca de estilos de vida mais saudáveis (MENDES, 2002; SOUSA; HAMANN, 2009).

Outro conceito compreendido na atuação das equipes de ESF é território processo que resulta das relações estabelecidas em um determinado espaço geográfico. Considera-se mapeamento e diagnósticos da situação de saúde de determinada população, entendendo suas especificidades, diversidades histórico-culturais, elementos cognitivos, físicos, demográficos

e econômicos que as comunidades vivenciam para a manutenção de suas vidas (MENDES, 2002; SOUSA; HAMANN, 2009; FARIA *et al*, 2009).

As equipes que compõem as ESF's devem conter, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e em média seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico em saúde bucal (ROSA; LABATE, 2005; BRASIL, 2012a).

Outros profissionais podem integrar essas equipes de acordo com as necessidades em saúde da população e da decisão do gestor municipal. É bastante comum a presença de um auxiliar administrativo para ajudar a equipe nos processos de recepção de pacientes, de registro e organização de arquivos e prontuários (BRASIL, 2012a).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade e por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2012a).

Observa-se que a adesão dos portadores de HA e DM ao esquema terapêutico estão intimamente ligadas ao acesso no sistema de saúde, ao seu vínculo junto a equipe de saúde, e a capacidade de adotar um estilo de vida mais saudável (BRASIL, 2006a; 2006b).

Neste sentido, ESF apresenta-se como dispositivo diferenciado para alcance de melhoria nas condições de vida e de saúde das populações, priorizando aquelas em situação de risco de saúde e social. Assim, a Saúde da Família impõe um fortalecimento da atenção básica em saúde, incrementando sua capacidade resolutiva, para que seja possível resolver além dos 85% dos problemas de saúde da área de abrangência de atuação dessa equipe (FARIA *et al*, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009).

Mesmo frente as transformações estabelecidas pela ESF no fortalecimento da atenção básica, alguns desafios no cotidiano ainda estão colocados para as equipes de saúde, em especial para o fortalecimento dos serviços de saúde e efetividade assistência prestada, a fim de maior resolutividade da demanda assistencial (MENDES, 2002; SOUSA; HAMANN, 2009; FARIA *et al*, 2009).

Dessa maneira, a ESF apresenta-se como espaço favorável para o desempenho de projetos terapêuticos que visem qualificar o acompanhamento dos portadores de HA e DM, propiciando melhor adesão e controle do estado geral de saúde.

A literatura demonstra a importância da utilização de grupos operativos dirigidos a portadores de hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família no sentido de favorecer maior adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, conseqüentemente proporcionando um maior controle dos níveis pressóricos (MARÇAL, 2010).

Marçal (2010) discorre que diante do impacto negativo das doenças cardiovasculares no perfil epidemiológico da população brasileira, fica evidente a importância do aprofundamento teórico das dinâmicas de grupo, a necessidade de normatização desta prática e o desenvolvimento de habilidades por parte dos profissionais, para que a utilização dos grupos operativos produza o efeito terapêutico desejado e contribua para a redução de doenças de magnitudes tão expressivas em nosso país.

A criação de um fichário rotativo para organização do trabalho, propondo a dinamização do mesmo, poderá favorecer um resultado positivo em relação ao número de consultas realizadas, ou seja, ao comparecimento do paciente para a consulta.

Para Lana (2012) constata-se que o fichário rotativo pode ser uma ferramenta importante para a organização do serviço de saúde. Conforme a experiência relatada pela autora, após a implantação do fichário rotativo, foi notória a construção de maior vínculo com a população e o aumento do comparecimento as consultas. Através desta tecnologia, observa-se um maior controle na busca ativa dos faltosos, facilitando monitoramento destes, garantindo o aumento da adesão do usuário.

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) é importante lembrar que o trabalho realizado pela equipe multiprofissional é essencial, sendo que as principais vantagens desse tipo de atuação são:

- O número de indivíduos atendidos será maior quanto mais afinada estiver a equipe em seus diversos modos de abordagem.
- A adesão ao tratamento será nitidamente superior.
- O número de pacientes com pressão arterial controlada e adotando hábitos de vida saudáveis será, conseqüentemente, muito maior.
- Cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos sobre tais hábitos.
- Haverá favorecimento de ações de pesquisa em serviço, já que a sistematização do atendimento possibilitará esse tipo de atuação.

De forma geral, a prevenção e o controle da hipertensão arterial e do diabetes são ações prioritárias na Atenção Básica. Para a hipertensão estão previstas: ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo) e prevenção de complicações, diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, diagnóstico precoce de complicações e primeiro atendimento de urgência. Para o diabetes estão previstas medidas preventivas e de promoção da saúde (ações educativas sobre condições de risco (obesidade, sedentarismo); ações educativas e de apoio para prevenção de complicações (cuidados com os pés; orientação nutricional; cessação do tabagismo e alcoolismo; controle de PA e das dislipidemias); ações educativas para auto aplicação de insulina), diagnóstico de casos, cadastramento de Portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, monitorização dos níveis de glicose sanguínea e diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, encaminhamento de casos. Essas ações são desenvolvidas na rede de atenção básica do SUS (BRASIL, 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, observa-se que no Sistema Único de Saúde (SUS) HÁ e DM são agravos de impacto, e que demandam uma reorientação das ações de saúde para o seu efetivo controle.

Frente a rotina assistencial da ESF Dr. Cássio Macedo, Capinópolis/MG, o acompanhamento dos portadores de HA e DM evidenciou necessidade de reajustamentos para garantir resolutividade do cuidado. Neste cenário emergiu a proposta de intervenção, que se constitui em um plano de ação, de construção coletiva entre trabalhadores da equipe, representantes da área de abrangência, por uma visão contextualizada.

A proposta de intervenção apresenta-se como resultado das atividades do CEABSF. Esse aprimoramento profissional propiciou desenvolvimento individual do trabalhador da ESF, que pode impactar em uma abordagem diferenciada das ações de saúde, que vise amparar os usuários do sistema de saúde, para a prevenção de riscos, controle dos agravos.

Considera-se que o acompanhamento de doenças crônicas, como HA e DM não se detém somente ao controle através de fármacos. É preciso uma mudança de estilo de vida: a adoção de hábitos saudáveis, como realização de atividade física, controle do peso corporal, redução da ingestão de sal e açúcar, entre outros, para a prevenção de complicações em órgãos-alvo.

Neste sentido, as abordagens assistenciais propostas pelos serviços de saúde da atenção básica necessitam favorecer a adesão aos novos comportamentos de saúde. Com isso, as práticas de atenção à saúde precisam ser inovadoras, para alcance de resultados mais efetivos. É nesta perspectiva que se apresenta a proposta de intervenção, um plano de ação que se caracteriza como uma ferramenta estratégica na ordenação do processo de trabalho da ESF, acompanhamento dos portadores de doenças crônicas HA e DM.

7 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis** : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial**. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

CADERNOS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm> acesso em Maio de 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010- IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>. Acesso em 10 de jan 2013.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

SILVEIRA, C. H. **Notas sobre a metodologia da Estimativa Rápida**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1998.

PREFEITURA DE CAPINOPOLIS. **Relatórios sobre a implantação de equipes de saúde da família** [acesso em 10 Janeiro 2013] – arquivo publico (mimeo).

LANA, A. N. O. **A implantação do fichário rotativo para a organização da agenda do HIPER/DIA**: relato de experiência. Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro

Códig

Códig

Códig

Códig

Códig

Lafaiete, 2012. 28 f. Trabalho de conclusão de Curso. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Departamento de Informática do SUS. Situação de Saúde de Capinópolis.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSmg.def>. Acesso em 07 Dezembro 2012.

SOUSA, M.F; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, suplemento 1), p.1325-1335. 2009

ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo assistencial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.13, n.6, p.1027-34, 2005.

SILVA, D. B. *et al.* Associação entre hipertensão arterial e Diabetes em centro de saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza. v.24, n.1, p. 16-23, 2011

MARÇAL, P.A.F. **Grupos operativos: uma estratégia para acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Teófilo Otoni, 2010. 28f. Trabalho de conclusão de Curso. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Abordagem Multiprofissional. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.9, n.4, outubro/dezembro,2002.[Acesso em 08 ago 2013]. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-4/abordagem.pdf>.