

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

FERNANDA FIGUEIREDO ANTUNES

**IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO CONTINUADO DIRECIONADO AOS
INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FONTE
GRANDE**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2013

FERNANDA FIGUEIREDO ANTUNES

**IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO CONTINUADO DIRECIONADO AOS
INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FONTE
GRANDE**

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: profa. Palmira de Fátima Bonolo

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG

2013

FERNANDA FIGUEIREDO ANTUNES

**IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO CONTINUADO DIRECIONADO AOS
INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FONTE
GRANDE**

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: profa. Dra. Palmira de Fátima Bonolo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Palmira de Fátima Bonolo – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 24/01/2014

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo suporte.

Ao Cristiano, pelo incentivo constante.

À equipe do PSF Fonte Grande, em Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, pela cordial recepção no ambiente de trabalho, e pela colaboração na rotina. Em especial, à enfermeira Daniela, pelo empenho em motivar a equipe, e apoio nas etapas deste trabalho.

À Palmira, obrigada pelo esmero nas orientações, e pela disposição em acolher dúvidas, sugestões e críticas durante nosso trabalho, no âmbito do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.

RESUMO

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis pelo maior número de mortes na população geral, além de determinarem significativa morbidade, interferindo na qualidade de vida dos pacientes e gerando altos custos ao sistema de saúde. Como principais deflagrações desta cadeia de eventos, temos a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, condições cuja prevalência aumenta consideravelmente, acompanhando a tendência moderna da obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada - rica em sódio, gorduras e carboidratos. A Estratégia Saúde da Família é ferramenta indispensável no enfrentamento dessas doenças, dispondo de recursos humanos, filosóficos e organizacionais compatíveis com a efetivação de mudanças. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para implantar o cuidado continuado aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no PSF Fonte Grande. Como direcionamento metodológico, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), caracterizado por quatro momentos: explicativo (identificação, análise e priorização dos problemas); normativo (elaboração de proposta de solução); estratégico (construção de viabilidade para as propostas de solução elaboradas); tático-operacional (execução do plano). Para o acompanhamento continuado dos diabéticos e hipertensos, foi feita a análise retrospectiva de fontes secundárias de 56 usuários da UBS. Desses, a maioria era do sexo feminino (67,9%). Entre as mulheres, a idade média foi de 68 anos; a maioria declarava-se branca e 84,2% apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica, na maioria dos casos em estágio 1, e 65,8% apresentava Diabetes mellitus. Não houve registro de etilismo entre as mulheres; 7,9% eram tabagistas e 26,3% sedentárias. Entre os homens, a idade média era de 70 anos, com predomínio da cor branca; 88,9% eram hipertensos, em sua maioria classificados no estágio 2, e 61,1% apresentavam diabetes. A prevalência de etilismo e tabagismo - 22,2% e 16,7% respectivamente-, foi maior do que no grupo das mulheres. Diante dos resultados, organizamos o processo de trabalho para oferecer o cuidado continuado inicialmente a esses usuários, priorizando os casos mais graves, com posterior extensão do trabalho a toda a população acompanhada de diabéticos e hipertensos. Sendo essas doenças passíveis de prevenções primária e secundária, estando disponíveis recursos propedêuticos e terapêuticos no Sistema Único de Saúde, e considerando a possibilidade de atuação nos fatores de risco modificáveis, percebemos como a abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus pode interferir positivamente na saúde da população. Definir prioridades e metas, bem como os agentes responsáveis pelas mudanças, significa planejar. O planejamento, por sua vez, permite a otimização dos recursos humanos e financeiros, além de promover maior eficácia das condutas. A reavaliação contínua de metas e resultados constrói uma dinâmica de flexibilidade frente aos desafios apresentados à equipe, tornando o processo de trabalho mais sensível à realidade e gerando uma perspectiva transformadora nas condições de saúde da população.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellito. Continuidade da assistência ao paciente. Doença crônica.

ABSTRACT

In Brazil, cardiovascular disease is responsible for most of the deaths in general population, and determines significant morbidity, affecting the quality of life of patients and generating high costs to the health system. As main event triggers we have Hypertension and Diabetes mellitus, conditions whose prevalence increases considerably, following the modern trend of obesity, sedentary lifestyle and improper diet - rich in sodium, fats and carbohydrates. The Family Health Strategy is an indispensable tool in fighting these diseases, providing human, philosophical and organizational resources to make changes. The aim of this study was to develop an intervention project to continue patient care for Hypertension and Diabetes mellitus in PSF Fonte Grande. Strategic Situational Planning (SSP) was used, characterized by four moments: explanatory (identification, analysis and prioritization of problems); normative (drafting proposed solution), strategic (construction feasibility for proposals developed solution); tactical operational (implementation plan) as the methodological approach. For continued monitoring of diabetic and hypertensive patients, it was proposed a retrospective analysis of records from 56 patients. Of these, the majority was female (67.9%). Among women, the median age was 68 years, the majority stated that it was white and 84.2% had systemic hypertension, in most cases in stage 1, and 65.8% had diabetes mellitus. There was no self-reported of alcohol consumption among women, only 7.9% were smokers and 26.3% sedentary. Among men, the mean age was 70 years, with a predominance of white, 88.9% were hypertensive, mostly classified as stage 2, and 61.1% had diabetes. The prevalence of alcoholism and smoking was 22.2% and 16.7% respectively. Given the results, we organize the work process to offer continue patient care, prioritizing the most serious cases, with subsequent extension of the work to the whole accompanied diabetic and hypertensive population. Recognizing the primary and secondary prevention of Hypertension and Diabetes, with clinical and therapeutic resources available in the National Health System, and considering the possibility of modifying the risk factors, we estimated that our approach of Hypertension and Diabetes mellitus can positively affect the population health. Set priorities and goals, as well as training the agents of change, means planning. Planning, in turn, allows the optimization of human and financial resources, and promotes more effective behaviors by patients. Continual re-evaluation of goals and outcomes builds a challenge to the team, making the process work more sensitive to the reality and creating a transformative perspective on health conditions of the population.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Continue Patient Care. Chronic Disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Comparação entre o Sistema de Saúde Fragmentado e a Rede de Atenção à Saúde	19
Figura 1 - Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde	20
Figura 2 – Modelo das Doenças Crônicas, adaptado por Macinko <i>et al.</i> , 2011.....	24
Quadro 2 – Técnica dos cinco “A”s	26
Quadro 3 – Classificação da pressão arterial entre pacientes maiores que 18 anos	34
Quadro 4 – Protocolo de reavaliação da pressão arterial sistêmica	35
Quadro 5 - Estratificação do risco cardiovascular global	36
Quadro 6 – Estratificação de risco de acordo com o escore de Framingham	37
Quadro 7 – Critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes	47
Quadro 8 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no PSF Fonte Grande	54
Quadro 9 - Desenho de Operações para os “nós críticos” do problema Ausência de Cuidado Continuado às Condições Crônicas	57
Quadro 10 - Propostas de ações para motivação dos atores.....	59
Quadro 11 Plano Operativo	61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Geral	
3.2 Específicos	
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
5.1 As Redes de Atenção à Saúde.....	18
5.2 A Política Nacional de Atenção Básica.....	21
5.3 O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde.....	23
5.4 O Autocuidado Apoiado.....	25
5.5 Panorama da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no Brasil.....	27
5.6 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	28
5.6.1 Fatores de Risco e Prevenção.....	29
5.6.2 Diagnóstico e Seguimento.....	31
5.6.3 Classificação.....	34
5.6.4 Tratamento.....	36
5.7 Diabetes Mellitus.....	44
5.7.1 Fatores de Risco e Prevenção.....	45
5.7.2 Classificação.....	46
5.7.3 Diagnóstico e seguimento.....	47
5.7.4 Tratamento.....	52
6 APLICAÇÃO DAS ETAPAS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES) NA UBS FONTE GRANDE.....	54

7 IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO CONTINUADO NA UBS FONTE GRANDE.....	63
8 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	65
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO	76

1 INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) que é objeto deste estudo denomina-se Fonte Grande e está localizada em Conselheiro Lafaiete. Este município originou-se da Real Vila de Queluz, sendo que em 1934 foi instituído o nome que vigora até os dias atuais, em homenagem ao Conselheiro Lafayette Rodrigues Pereira. Situa-se na Serra da Mantiqueira, no estado de Minas Gerais, na mesorregião metropolitana de Belo Horizonte, distando 96 km da capital. Tem como municípios limítrofes Congonhas, Ouro Branco, Cristiano Ottoni e São Brás do Suaçuí. Possui localização privilegiada, conectando-se a importantes rodovias, sendo a principal a BR-040 (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2013).

A população estimada de Conselheiro Lafaiete é de 118.578 habitantes (IBGE, 2012), sendo que 95,5 % residem na área urbana e 4,5% na zona rural. Cerca de 52% da população é do sexo feminino. A taxa de alfabetização é de 94,55% (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2013; DATASUS, 2013).

Considerando os aspectos socioeconômicos, a cidade de Conselheiro Lafaiete encontra-se em ascensão constante, influenciada pela proximidade de importantes indústrias como Companhia Siderúrgica Nacional, Vale, Gerdau Açominas, Malha Regional Sudeste Logística, e ainda indústrias de pequeno e médio porte. A variedade de serviços e comércio é grande, e a rede educacional conta com instituições de ensino superior privada. Existe também um polo de ensino superior à distância em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Na saúde, o município conta com cinco hospitais, uma policlínica municipal, 24 unidades de Saúde da Família, clínicas e médicos particulares, postos odontológicos, ambulâncias, e várias farmácias (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2013).

A UBS Fonte Grande, onde atuo, funciona no bairro de mesmo nome, que se localiza bem próximo ao centro da cidade. É de fácil acesso a variados tipos de serviços, incluindo aqueles relacionados à saúde e à educação. A população cadastrada é de 4.046 pessoas, distribuídas em 1087 famílias. As residências são construídas em alvenaria, e são atendidas pelas redes de água, luz, esgoto e telefonia. Muitos moradores possuem carro próprio e alguns têm acesso ao sistema de saúde privado.

A UBS tem como profissionais duas médicas: uma contratada pelo município e outra pertencente ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Além dessas, conta com uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A UBS funciona de 7:00h às 17:00h, com todos os profissionais atuando em horário integral, excetuando a médica contratada que atua em regime de 20 horas semanais. São realizados atendimentos de demanda espontânea no período da manhã e no período da tarde realizam-se os exames preventivos para câncer de colo do útero, consultas de pré-natal, visitas domiciliares, grupos de hipertensos e diabéticos e puericultura.

A estrutura física da UBS não atende aos padrões preconizados para a ESF. A Unidade funciona em espaço cedido pelo Centro Espírita André Luiz. Carece de instalações confortáveis e que confirmam privacidade aos profissionais e usuários. A unidade não possui computadores e rede de Internet. A sala da recepção dos usuários oferece cadeiras e TV, porém, por ser muito próxima ao consultório, dificulta o trabalho devido ao intenso barulho e à falta de privacidade.

O município oferece suporte para referência no hospital, no Pronto Socorro, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e ambulatórios de especialidades médicas. Porém, a comunicação entre estes setores ainda é deficitária e o sistema de contrarreferência praticamente não funciona. A estrutura de saúde disponibilizada à população pode ser considerada privilegiada em relação a muitos locais do país; mas ainda prevalecem obstáculos a superar para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista o conceito de rede de atenção à saúde definido pelo Ministério da Saúde.

Outros problemas identificados na ESF Fonte Grande relacionam-se a aspectos sociais e organizacionais. Por ter nível socioeconômico razoável, muitas vezes com acesso a planos de saúde, os pacientes esperam por atendimento baseado no modelo biomédico, fragmentado, com atendimento de demanda imediata; ainda não estão integrados à concepção de promoção e prevenção em saúde. A equipe também não vinha norteando seu trabalho segundo os preceitos da Estratégia em

Saúde da Família, possivelmente devido a múltiplos fatores: equipe inicialmente incompleta, ausência de médico com carga horária de 40 horas semanais, sobrecarga de demanda espontânea, e desconhecimento sobre as práticas de planejamento e avaliação das ações. Configurou-se, assim, uma situação de processo de trabalho inefetivo. No que concerne à atenção direcionada às doenças crônicas, notadamente a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes mellitus, o impacto da desorganização do processo de trabalho pode ser percebido de várias maneiras:

- a) Ausência de programação das consultas individuais, com a periodicidade adequada para cada caso;
- b) Desconhecimento da efetiva prevalência destas doenças na população da área de abrangência;
- c) A deficiência nos registros dificulta a identificação dos pacientes afetados pela doença, sendo assim faltam elementos para a realização de busca ativa;
- d) Ausência de planejamento e avaliação das condutas, o que impede a estruturação de metas e a análise dos objetivos alcançados (ou não), bem como a discussão de estratégias para corrigir as falhas;
- e) Ausência de práticas pedagógicas efetivas, que possam transformar a forma da população manejar a própria doença;
- f) Ausência de Educação Permanente em Saúde – instrumento de produção de conhecimento, a partir da pesquisa e discussão constante, acerca de temas relacionados às deficiências identificadas no contexto de trabalho, impedindo a evolução do trabalho da equipe;
- g) Falta de discussão sobre o processo de trabalho, que poderia gerar propostas de enfrentamento às adversidades, além de possibilitar maior integração da

equipe, no sentido de conhecer melhor seus pacientes e gerar práticas benéficas aos mesmos;

h) Finalmente, e como consequência da estrutura acima relatada, notamos grande ocorrência de eventos cardiovasculares agudos entre os pacientes hipertensos e diabéticos, bem como má evolução e complicações de suas patologias. Tais condições podem ser evitadas com abordagem planejada e continuada de suas doenças.

Diante disso, identificamos o problema que será aqui tratado: a falha no cuidado continuado aos pacientes com condições crônicas, especificamente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, na Unidade Básica de Saúde Fonte Grande. O objetivo primordial deste trabalho é avançar em direção à implantação do cuidado continuado aos indivíduos com as referidas doenças, prevenindo as complicações e promovendo melhor qualidade de vida.

2 JUSTIFICATIVA

O inadequado controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus determina elevada ocorrência de eventos cardiovasculares agudos (urgências hipertensivas, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, óbito), além de complicações que afetam sobremaneira a qualidade de vida dos pacientes (doença cardíaca hipertensiva e/ou isquêmica, distúrbios visuais, neuropatia, úlceras de membros inferiores, claudicação intermitente). Implantar o cuidado continuado direcionado aos pacientes com as referidas doenças é necessidade premente, na medida em que reduz a incidência dos eventos agudos e complicações citadas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e racionalizando os custos propedêuticos e terapêuticos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Implantar o cuidado continuado direcionado aos pacientes com o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), no PSF Fonte Grande.

3.2 Específicos

Discutir e organizar o processo de trabalho da equipe, adotando práticas de registro de dados para posterior planejamento e avaliação das ações;

Realizar a busca ativa dos diabéticos e hipertensos; cadastrar os mesmos, segundo parâmetros clínico-laboratoriais, visando organizar o agendamento de consultas individuais periódicas, de acordo com a gravidade de suas patologias.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a definição do plano de intervenção foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo professor chileno Carlos Matus, para quem planejar é preparar-se para a ação. A ação, por sua vez, depende da capacidade de governar dos atores envolvidos em determinada situação. Matus criou a figura “Triângulo de Governo”, relacionando os vértices aos aspectos: projeto de governo (plano desenhado para se alcançar determinado objetivo); governabilidade (recursos controlados ou não por quem executa o plano); e capacidade de governo (conhecimento necessário para execução do plano). A análise desses três aspectos, considerando a situação que se deseja “atacar”, permite a construção de uma ESTRATÉGIA para tornar o plano viável (CAMPOS *et al.*, 2010).

O PES é caracterizado por quatro momentos:

- Explicativo: Conhecimento sobre a situação atual; identificação, priorização e análise dos problemas, considerando a ótica dos diversos atores envolvidos;
- Normativo: Elaboração de propostas de solução;
- Estratégico: Construção de viabilidade para as propostas de solução elaboradas;
- Tático - operacional: Execução do plano.

Foi ainda realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema para levantar as evidências já existentes e aplicá-las na prática.

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em periódicos nacionais e ainda em manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

A pesquisa nos bancos de dados da BVS se deu por meio de descritores.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 As Redes de Atenção à Saúde

Os sistemas de atenção à saúde definem um conjunto de atividades cujo propósito é promover, restaurar e manter a saúde da população. Historicamente, o sistema de saúde brasileiro teve um longo período pautado pela fragmentação, ou seja, não havia comunicação entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção. Sendo assim, o cuidado à população era realizado de maneira descontínua, em atendimentos isolados e tendo uma concepção hierárquica que priorizava as ações curativas, envolvendo alta densidade tecnológica. Essa situação inviabilizava o direcionamento das políticas públicas de promoção e prevenção em saúde, com resultados catastróficos na qualidade de vida da população e gastos substanciais no tratamento de doenças potencialmente evitáveis. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a organização da atenção começou a ser pensada em termos de integração. Os esforços atuais dirigem-se à consolidação de um sistema de saúde integrado, com comunicação entre os diversos níveis, sendo que nenhum deles assume hegemonia. A proposta é articular os níveis de atenção em saúde em redes, fornecendo assistência integral e contínua à população (MENDES, 2012; MINAS GERAIS, 2011).

Quadro 1 – Comparação entre o Sistema de Saúde Fragmentado e a Rede de Atenção à Saúde.

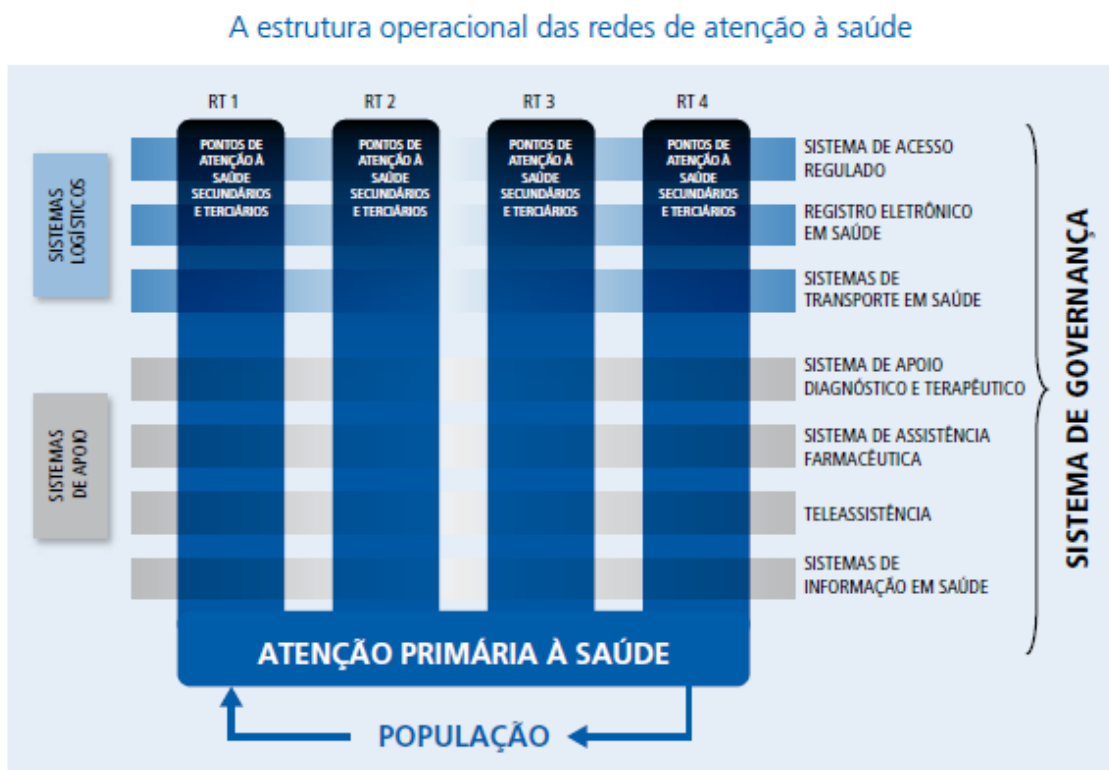
CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela atenção primária
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma rede integrada dos pontos de atenção à saúde.
Objetivo	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos.
População	Voltado para indivíduos isolados	População adscrita dividida por subpopulações de risco e sob responsabilidade da rede.
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde.
A forma da ação do sistema	Reativa, acionada pela demanda dos pacientes	Proativa, baseada em planos de cuidados de cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais e pelos usuários.
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, ou reabilitadoras sobre determinantes sociais da saúde, sobre fatores de risco e sobre as doenças ou condições estabelecidas.
Modelo de atenção	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as doenças ou condições estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde, os fatores de riscos e as doenças ou condições estabelecidas.
Planejamento	Planejamento da oferta, definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento da demanda definido pelas necessidades de saúde da população adscrita
Ênfase do cuidado	Nos profissionais de saúde, especialmente nos médicos	Na relação entre equipes multiprofissionais e os usuários e suas famílias e com ênfase no autocuidado orientado.
Conhecimento e ação clínicos	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhado por equipes multiprofissionais e usuários.
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes	Integrada a partir de cartão de identidade dos usuários e dos prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede.
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção.
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação da rede.
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede.

Fonte: ESPMG, 2011.

Dentro da estrutura das redes de atenção à saúde, a atenção primária assume posição de coordenação, estabelecendo o elo de fluxos e contrafluxos que permitem o intercâmbio entre os serviços ofertados nos diferentes níveis. Em muitos casos, esta dinâmica acontece dentro de redes temáticas, construídas para organizar o atendimento completo a condições específicas, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, saúde da mulher, saúde da criança, doenças respiratórias, e outras. O objetivo é proporcionar adequada assistência à saúde durante todo o ciclo de atendimento, desde a prevenção até o tratamento e gerenciamento da doença (MENDES, 2012; MINAS GERAIS, 2011).

De acordo com Mendes (2011) para o funcionamento das redes de atenção é necessário a integração de vários sistemas. Na figura 2 este autor exemplifica essa integração.

Figura 1 – Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde.



Fonte: Mendes, 2012.

5.2 A Política Nacional de Atenção Básica

Considerando a organização do SUS, a Atenção Básica configura-se como a principal porta de entrada aos serviços, e assume posição integradora das redes locais. Como instrumento de concretização da Política Nacional de Atenção Básica, tem a Estratégia Saúde da Família, que preconiza a utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território de adscrição da equipe de saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com este princípio, o cuidado direcionado às condições crônicas como HAS e DM, notadamente prevalentes na população brasileira, é um grande alvo dos esforços de ação na ESF. Além disso, essas doenças são exemplos de condições em que medidas de baixo custo, como as mudanças de hábitos de vida, são capazes de gerar grande impacto na prevenção e tratamento (BRASIL, 2007; MENDES, 2012).

Considerando as diretrizes que norteiam a Política Nacional de Atenção Básica, percebe-se que cuidar de pessoas hipertensas e diabéticas, envolve - assim como preconizado em toda a rotina da APS-, princípios determinados: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Ao praticar esse cuidado, devemos ter em mente também a concepção do Modelo de Saúde Centrado na Pessoa, em contraponto ao tradicional Modelo de Saúde Centrado na Doença. Assim, deve-se tratar o indivíduo em sua singularidade, considerando aspectos sociais, econômicos e culturais, e assumindo a pessoa enquanto ser que carrega uma história de vida, e que é agente de sua própria transformação (BRASIL, 2007; MENDES, 2012).

É interessante destacar a função de coordenação do cuidado que a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce dentro da rede de serviços, pois cabe à equipe observar e assumir efetivamente esta responsabilidade, dentro do possível, acompanhando a movimentação da pessoa dentro da rede, ao invés de simplesmente encaminhá-lo aos serviços de referência, como meio de “livrar-se”

daquela situação. Relevante também destacar **o quinto fundamento da APS**, que é avaliar o acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como uma etapa do processo de planejamento e programação. Planejar e avaliar os resultados são de suma importância para a eficácia das ações e a correção de condutas, bem como a transformação do processo de trabalho, visando aproximação das metas definidas pela equipe (BRASIL, 2007).

Enquanto área estratégica para atuação em todos os níveis de atuação, o controle da HAS e da HM deve ser valorizado na Atenção Básica; para tanto, é essencial a articulação entre os membros da equipe de saúde, o planejamento e avaliação das ações, o exercício da Educação Permanente em Saúde e o apoio político-financeiro da gestão, em todos os níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2007).

5.3 O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde

As condições crônicas são prioridades de enfrentamento no sistema de saúde brasileiro, considerando que constituem a principal causa de mortalidade no nosso país, além de responsáveis por diminuição da qualidade de vida dos pacientes, e altos custos financeiros. A prevalência de HAS e o DM – notáveis causas de complicações cardiovasculares, tanto agudas como crônicas – vem crescendo progressivamente, devido ao aumento do sedentarismo e do padrão alimentar que favorece a obesidade, ou seja, conhecidos fatores de risco para as referidas doenças (MENDES, 2012; MACINKO *et al.*, 2011; MALTA *et al.*, 2013; SCHIMDT *et al.*, 2011).

Uma das grandes características da Estratégia em Saúde da Família é o princípio da longitudinalidade, ou seja, o acompanhamento contínuo e integral dos pacientes. Diante disso, destaca-se a função central do relacionamento de longo prazo entre equipe e usuários, na oferta do cuidado. O desenvolvimento dessa relação é primordial no alcance dos objetivos propostos na ESF. Neste sentido, emerge o conceito de Modelo de Saúde Centrado na Pessoa, capaz de estabelecer a conexão entre a ciência biomédica e a singularidade do indivíduo (BRASIL, 2007; MENDES, 2012).

Mendes (2012, p. 247) comenta que

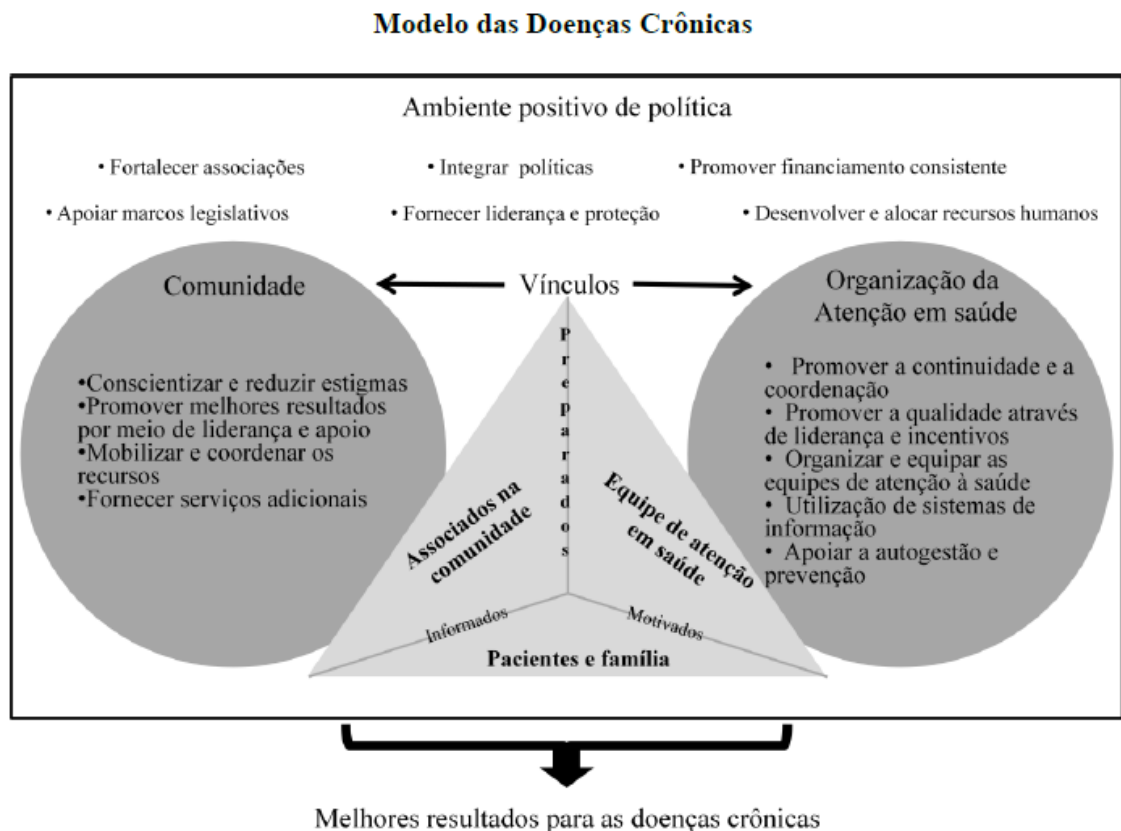
[...] a atenção colaborativa e centrada na pessoa reposiciona as pessoas usuárias nas relações com os profissionais de saúde porque elas deixam de ser pacientes para se tornarem as principais produtoras sociais de sua saúde. Por isso, alguns sistemas de atenção à saúde já consideram as pessoas usuárias como membros da equipe de APS. A clínica da ESF não é feita com pacientes, mas com pessoas que são agentes de sua saúde (MENDES, 2012. 247).

As relações produtivas na ESF são observadas quando a equipe prepara-se para o enfrentamento dos desafios apresentados, e exerce sua proatividade, ao mesmo tempo tratando o indivíduo como agente de sua própria transformação; para ser agente, o paciente também deve ter a auto percepção de seu papel. Através desse

“pacto”, serão alcançados os benefícios clínicos e funcionais da interação, algo que gera efeitos sensíveis à abordagem das condições crônicas (MENDES, 2012).

Além das mudanças no relacionamento equipe-usuário, que deve ser pautado pela corresponsabilização, muitos outros quesitos são necessários avaliar para a adequada atenção às doenças crônicas na APS. Neste sentido, já foram propostos na literatura alguns “modelos de atenção às doenças crônicas”, articulando as variáveis necessárias a este cuidado, ilustradas na figura a seguir (MENDES, 2012; MACINKO *et al.*, 2011).

Figura 2 – Modelo das Doenças Crônicas, adaptado por Macinko *et al.*, 2011



Fonte: MACINKO *et al.*, 2011.

5.4 O Autocuidado Apoiado

Na atenção às condições crônicas - incluindo as patologias temas deste trabalho, quais sejam HAS e DM, é fundamental preparar e empoderar os usuários, para que se conscientizem e responsabilizem pelo autogerenciamento de sua saúde e da atenção à saúde prestada. O paciente deve perceber-se como agente de seu processo saúde-doença, sendo capaz de realizar o autocuidado, com o apoio da equipe de saúde. No que concerne à equipe, é importante saber que promover o autocuidado apoiado significa muito mais do que dizer às pessoas o que devem fazer. Na realidade, este enfoque pressupõe a parceria entre os profissionais de saúde e os usuários, que conjuntamente, definem prioridades e metas, que devem ser inseridas em um plano de cuidados, a ser continuamente avaliado e revisado, de acordo com seus resultados. Para a execução do plano, devem ser utilizados recursos das organizações de saúde e da comunidade (MENDES, 2012; GOLDMEIER; CASTRO, 2005; LOPES *et al.*, 2008).

Especificamente, no contexto da HAS e DM está cientificamente estabelecido que as mudanças comportamentais (adequação da dieta, abandono do tabagismo, redução do consumo de álcool, prática de exercícios físicos) exercem impacto substancial na prevenção primária e secundária, bem como no tratamento e gerenciamento dessas condições. Prover instrumentos para essa mudança é desafio constante para os profissionais da saúde, uma vez que os hábitos dos usuários encontram origens em suas condições socioeconômicas, culturais e psicológicas (GOLDMEIER; CASTRO, 2005; LOPES *et al.*, 2008).

No estabelecimento da parceria equipe-usuário, em prol de um plano de cuidados, podemos utilizar a sistematização do Autocuidado Apoiado, além do conhecimento já citado sobre técnicas motivacionais específicas para as fases de mudança. A técnica dos cinco “A”s é uma boa estratégia de abordagem (MILLER; ROLLNICK, 2012).

Quadro 2 – Técnica dos cinco “A”s.

TÉCNICA DOS CINCO “A’S”	
INTERVENÇÃO	TÉCNICA
AVALIE	Avalie o conhecimento e as ideias da pessoa sobre seu estilo de vida e sua condição de saúde assim como o grau de motivação e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis.
ACONSELHE	Aconselhe por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida. Forneça informação à medida que a pessoa relata o que sabe sobre sua condição e quais dúvidas têm sobre a mesma. Verifique o que ela entendeu das recomendações feitas, oriente e treine as habilidades necessárias para situações específicas.
ACORDE (PACTUE)	Estabeleça uma parceria com a pessoa para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo. Avalie o grau de confiança em alcançar a meta, considerando o contexto.
ASSISTA	Dê assistência ao processo de mudança – auxilie no planejamento, na elaboração e adequações dos planos de ação; treine habilidades como a resolução de problemas, o automonitoramento e a prevenção de recaídas; avalie deslizes e recaídas; forneça material de apoio
ACOMPANHE	Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais, em intervalos curtos, elaborando com a pessoa as adequações do plano de ação e pactuando novas metas.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2012.

Por fim, além de todas as ferramentas já citadas, podemos contar com os grupos operativos, para a motivação das mudanças nos usuários. Ao interagir entre si, os indivíduos apoiam-se mutuamente e tendem a comprometer-se com as tarefas, enfocadas na adesão ao tratamento, autocuidado e corresponsabilidade (MENDES, 2012). É uma estratégia pedagógica, baseada no princípio de que se aprende a partir das relações sociais e da aquisição de uma competência cultural, conforme elucidado por Barbosa (2006) *apud* Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2012) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2012; BARBOSA, 2012).

5.5 Panorama da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus no Brasil

No Brasil, a prevalência de HAS e de DM tem aumentado progressivamente, devido ao envelhecimento populacional e às mudanças de hábitos de vida incorporadas aos avanços socioeconômicos, traduzindo-se em maior sedentarismo e padrão alimentar inadequado - alto consumo de alimentos industrializados, ricos em calorias e gorduras, em detrimento do consumo de verduras, frutas e legumes (MENDES, 2012). A prevalência de HAS na população adulta brasileira varia entre 22,3% e 43,9%, dependendo do município (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em relação ao DM, estima-se que, em 2005, cerca de 11% de nossa população acima de 40 anos vivia com a doença (BRASIL, 2006a).

Em nosso país, as doenças cardiovasculares figuram como principal causa de morte, tendência que se mantém em constante ascensão. Além disso, são responsáveis por grande número de internações, com altos custos médicos e socioeconômicos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA, 2010; MENDES, 2012; MACINKO, 2012; MALTA *et al.*, 2013). A HAS e o DM são dois dos fatores de risco mais importantes para as doenças cardiovasculares. A Hipertensão é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em conjunto com o DM, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Entre os pacientes diabéticos, a Organização Mundial de Saúde estimou, em 1997, que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estariam cegos, e 10% teriam deficiência visual grave; 30% a 45% teriam retinopatia; 10% a 20%, nefropatia; 20% a 35%, neuropatia; e 10% a 25% teriam desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006). Por todo este panorama, a HAS e DM constituem prioridades de intervenção no Brasil; a ESF representa instrumento crucial dessa abordagem, ao possibilitar o cuidado continuado das referidas doenças (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA, 2010; MENDES, 2012).

5.6 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é condição extremamente prevalente na população. Segundo inquéritos realizados nos últimos 20 anos em cidades brasileiras, estima-se em 30% a prevalência na população em geral; 50% entre 60 e 69 anos; e 75% acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Configura também fator de risco preponderante para doenças cardiovasculares graves e potencialmente fatais, notadamente: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica. Por ser doença passível de prevenções primária e secundária, e estando disponíveis condições de tratamento da mesma no Sistema Único de Saúde, inferimos o grande impacto transformador ao alcance dos profissionais de saúde. É de fundamental importância, portanto, estarmos aptos a manejar os instrumentos de combate à HAS (BRASIL, 2006; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.6.1 Fatores de Risco e Prevenção

Como fatores de risco não modificáveis da HAS podemos citar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010):

- Idade: Existe relação direta e linear da pressão arterial com a idade;
- Gênero e etnia: se considerarmos a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica entre homens e mulheres antes da menopausa, identificamos maior prevalência desta doença no sexo masculino. Porém, em mulheres pós-menopausa, esta relação pode até se inverter. Em relação à etnia, a HAS é duas vezes mais prevalente em negros do que em brancos;
- Genética: a história familiar de Hipertensão Arterial Sistêmica é bem documentada como fator de risco para a patologia em questão; entretanto, temos que levar em consideração a integração com elementos ambientais na gênese da doença;

Quanto aos fatores de risco modificáveis, podemos identificar os seguintes:

- Excesso de peso e obesidade: estão intimamente relacionados à prevalência de HAS;
- Ingestão excessiva de sódio: relaciona-se à elevação da pressão arterial. A dieta hipossódica, pelo contrário, leva à redução dos níveis pressóricos;
- Ingestão de álcool: o alcoolismo pode aumentar os níveis de pressão arterial; aumenta também a mortalidade por causas cardiovasculares em geral;
- Sedentarismo: a prática regular de atividades físicas reduz a incidência de HAS, e nos indivíduos com doença já instalada, reduz a progressão, a mortalidade e o risco de complicações cardiovasculares.

Atuar nos fatores de risco modificáveis é o foco da saúde pública, já que as ações são economicamente viáveis, e capazes de promover ampla modificação do risco, mesmo de indivíduos geneticamente predispostos. Especificamente na Atenção Primária à Saúde, no âmbito da Saúde da Família, as práticas preventivas têm condições mais favoráveis para ser concretizadas: devido ao vínculo com a

comunidade, pode-se conhecer melhor a realidade, adaptando os cuidados às condições e necessidades dos pacientes (BRASIL, 2006a).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, as principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Apesar de constituírem medidas de baixo custo, não exigindo densidade tecnológica, são ao mesmo tempo difíceis de ser implementadas, pressupondo justamente a mudança de hábitos, o que envolve variáveis psicológicas, culturais, econômicas, sociais e comportamentais. Precisamos desenvolver, assim, práticas motivacionais de Assim, prevenir a Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações é, ainda, um grande desafio na Saúde Pública autocuidado (LOPES *et al.*, 2008).

5.6.2 Diagnóstico e Seguimento

Para a correta aferição da pressão arterial (PA), devemos nos certificar que alguns pré-requisitos sejam cumpridos (BRASIL, 2006a), a saber:

- Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo e agradável;
- Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas;
- Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa anterior cubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%;
- Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido;
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente;
- Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa ante cubital, evitando compressão excessiva;
- Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo;
- Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o

aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff);

- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

Na primeira avaliação em consultório, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. Se houver diferença de pressão entre os membros superiores maior de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente, o paciente deverá ser investigado para doenças arteriais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2006a).

Em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas, com intervalo de pelo menos um minuto entre as aferições. A média das duas últimas deve ser considerada a PA verdadeira. A posição adequada para a medida da pressão arterial é a sentada. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, as medidas nas posições ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, pessoas com disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2006a)

Ferramentas importantes no diagnóstico da Hipertensão, embora nem sempre possíveis, são a MAPA e a MRPA. A primeira significa Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial, realizada durante 24 horas, de forma indireta e intermitente, enquanto a pessoa executa suas atividades cotidianas, e durante todo o sono. Este tipo de aferição permite um diagnóstico mais preciso, esclarecendo as situações de “Hipertensão do Jaleco Branco” - quando a pressão arterial altera-se somente quando o paciente está sendo examinado pelo profissional de saúde - ou de “Hipertensão Mascarada” – quando o paciente apresenta elevações da pressão arterial, não identificadas no momento do exame clínico. Além disso, a MAPA é o

melhor método para prever a possibilidade de complicações cardiovasculares. Já a MRPA significa Monitorização Residencial da Pressão Arterial, realizada através de aferições no domicílio, em momentos distintos; é mais barata e exequível do que a MAPA, porém não tem protocolo definido, e não permite a aferição durante o sono (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na avaliação inicial de alterações da pressão arterial, é fundamental explorar minuciosamente a anamnese e os exames clínico-laboratoriais, com o objetivo de rastrear lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins), além de prever o risco de complicações cardiovasculares. Desta forma, é possível planejar as medidas terapêuticas adequadas ao paciente. Estes parâmetros permitirão, ainda, definir a periodicidade das reavaliações (BRASIL, 2006a).

5.6.3 Classificação

De acordo com a classificação da HAS e correlacionando dados clínicos e fatores de risco, será definido o tratamento e seguimento do paciente hipertenso. De acordo com os dados da VI Diretriz de Hipertensão é importante o uso de parâmetros de aferição de pressão arterial para classificar o usuário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A seguir apresenta-se a classificação da pressão de acordo com a medida casual.

Quadro 3 – Classificação da pressão arterial entre pessoas maiores que 18 anos.

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

Quadro 4 – Protocolo de reavaliação da pressão arterial sistêmica.

Recomendações para o seguimento: prazos máximos para reavaliação*

Pressão arterial inicial (mmHg)**		Seguimento
Sistólica	Diastólica	
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano Estimular mudanças de estilo de vida
130–139	85–89	Reavaliar em 6 meses*** Insistir em mudanças do estilo de vida
140–159	90–99	Confirmar em 2 meses*** Considerar MAPA/MRPA
160–179	100–109	Confirmar em 1 mês*** Considerar MAPA/MRPA
≥ 180	≥ 110	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana***

** Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente. ** Se as pressões sistólicas ou diastólicas forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível de pressão. *** Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, doenças associadas e lesão em órgãos-alvo).*

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

5.6.4 Tratamento

Para o planejamento do tratamento adequado da Hipertensão Arterial Sistêmica, precisamos estratificar o risco cardiovascular do paciente. Estratificar esse risco significa prever, a partir das condições clínicas do indivíduo - determinadas pelo nível da pressão arterial, fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares pré-existentes-, a chance de ocorrência de complicações cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; LOYD-JONES, 2010; BRASIL, 2006).

São fatores de risco para doença cardiovascular: história familiar de doença arterial coronariana prematura (familiar 1º grau sexo masculino <55 anos e sexo feminino <65 anos); homem >45 anos e mulher >55 anos; tabagismo, hipercolesterolemia (LDL-c elevado), HAS, DM, obesidade (IMC > 30 kg/m²); gordura abdominal, sedentarismo, dieta pobre em frutas e vegetais; estresse psicossocial (LOYD-JONES, 2010).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras Hipertensão Arterial Sistêmica, podemos assim estratificar o risco cardiovascular:

Quadro 5 - Estratificação do risco cardiovascular global.

Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C)

	Normotensão			Hipertensão		
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120–129 ou PAD 80–84	Limitrofe PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1 PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2 PAS 160–179 PAD 100–109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1–2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

LOA - lesão de órgãos-alvos; SM - síndrome metabólica; DM - diabetes melito.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

De maneira mais detalhada, podemos utilizar o escore de Framingham para estimar o risco cardiovascular:

Quadro 6 – Estratificação de risco de acordo com o escore de Framingham.

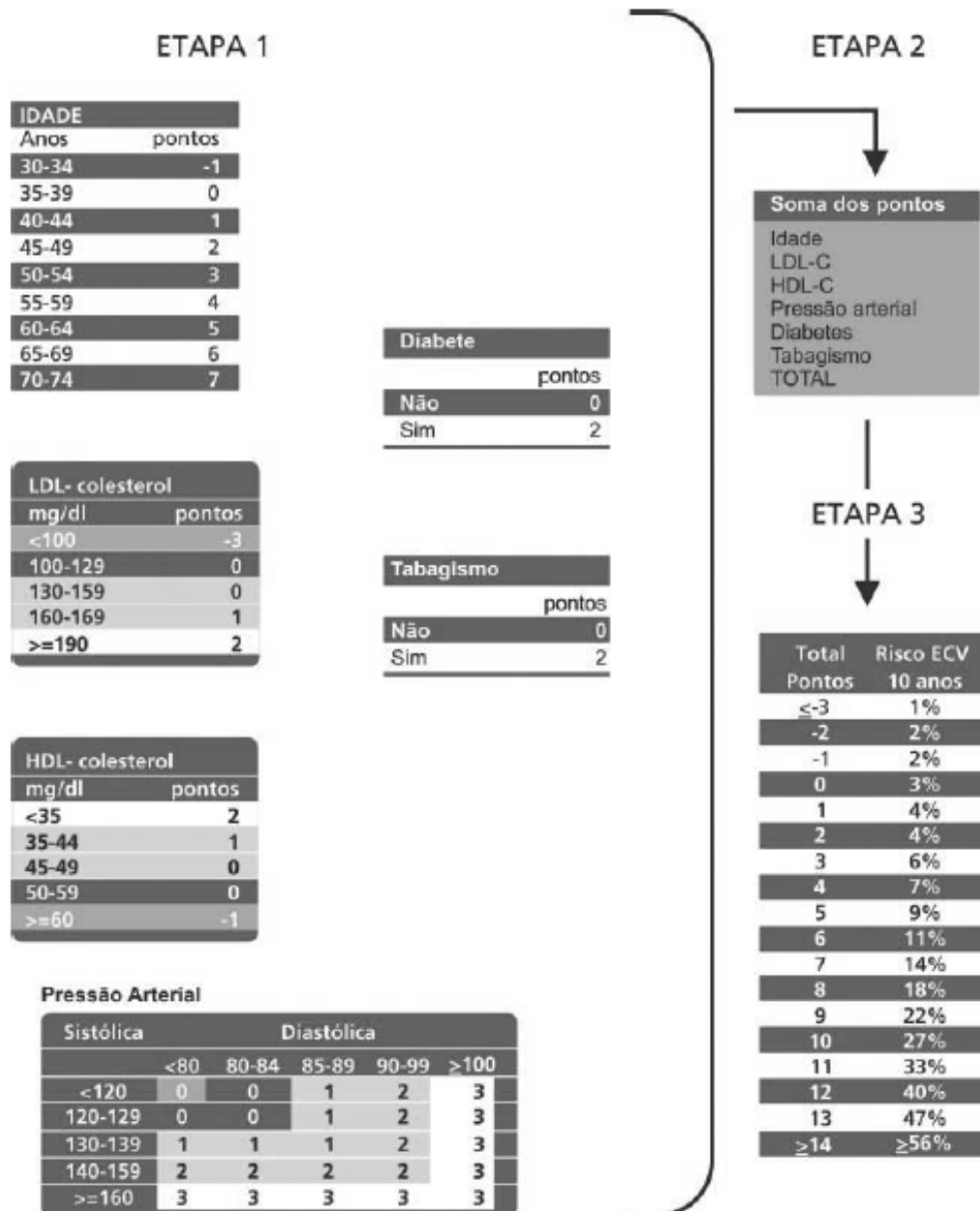
Componentes para estratificação do risco individual dos pacientes em função do Escore de Framingham e de lesão em órgãos-alvo

Escore de Framingham	
Categoria	Evento cardiovascular maior (ECV)
Baixo	<10%/ 10 anos
Moderado	10 a 20%/ 10 anos
Alto	>20%/ 10 anos
Lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares	
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças cardíacas: <ul style="list-style-type: none"> – Hipertrofia do ventrículo esquerdo. – Angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio – Revascularização percutânea ou cirúrgica miocárdica prévia. – Insuficiência cardíaca. • Episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral. • Nefropatia • Doença arterial periférica. • Retinopatia hipertensiva. 	

Fonte: Brasil, 2006a.

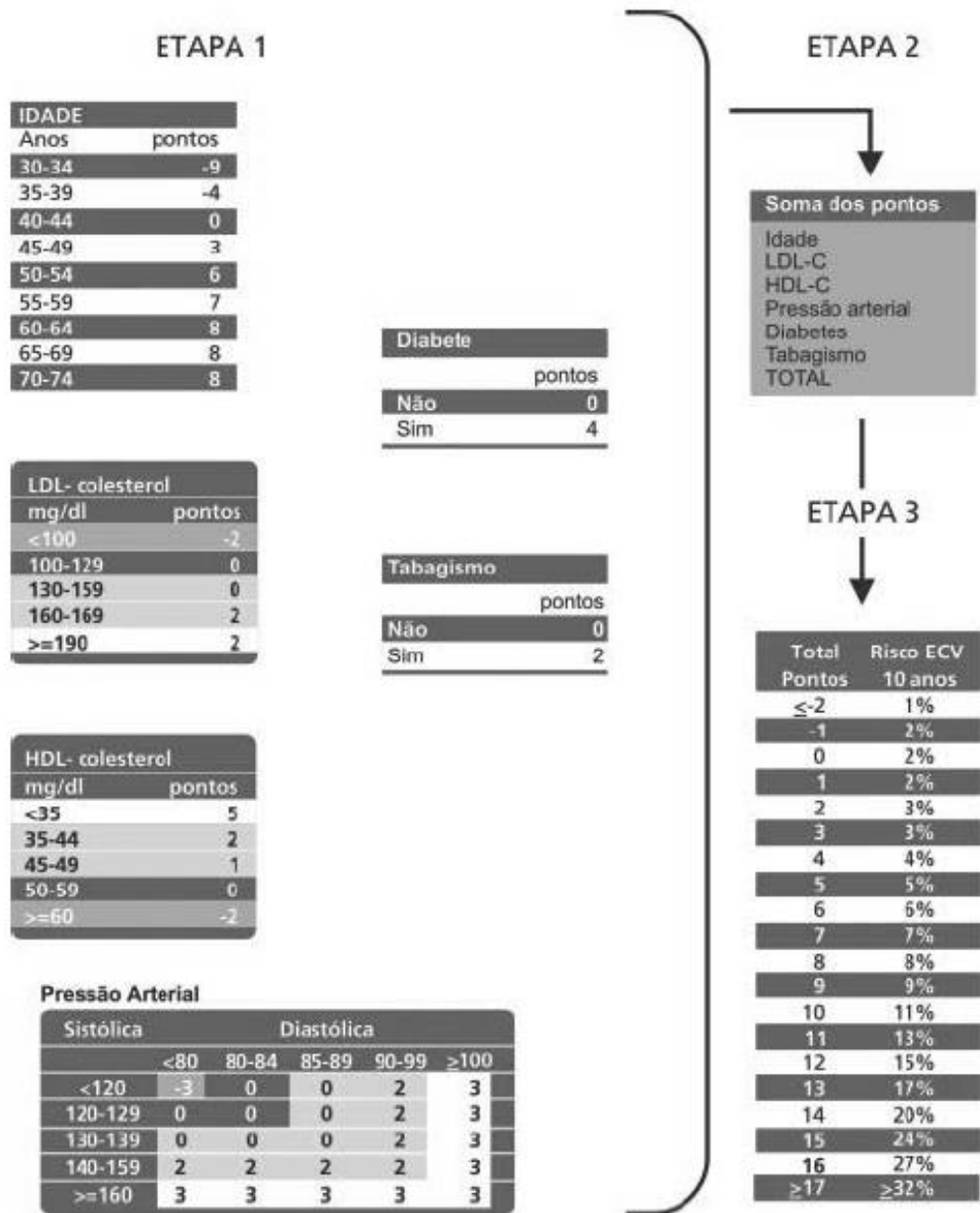
A seguir, veja o modelo de Framingham para calcular o escore de risco cardiovascular para homens e mulheres.

Escore de Framingham Revisado para Homens



Fonte: Brasil, 2006a.

Score de Framingham Revisado para Mulheres



Fonte: Brasil, 2006a.

Após a estratificação do risco cardiovascular, poderemos definir o tipo de tratamento a ser instituído:

Decisão terapêutica segundo risco e pressão arterial

	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1 (140-159/90-99)	MEV (até 12 meses)	MEV** (até 6 meses)	TM
Estágios 2 (≥160 / ≥100)	TM	TM	TM

MEV = Mudança de estilo de vida; TM = Tratamento Medicamentoso.

* TM se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes melito.

** TM se múltiplos fatores de risco.

Fonte: Brasil, 2011.

Decisão terapêutica

Categoria de risco	Considerar
Sem risco adicional	Tratamento não-medicamentoso isolado
Risco adicional baixo	Tratamento não-medicamentoso isolado por até 6 meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso
Risco adicional médio, alto e muito alto	Tratamento não-medicamentoso + medicamentoso

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010.

O tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica destina-se a prevenir complicações cardiovasculares, abordar as lesões já instaladas e promover melhor qualidade de vida, alcançando níveis pressóricos de acordo com as metas a seguir:

Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais

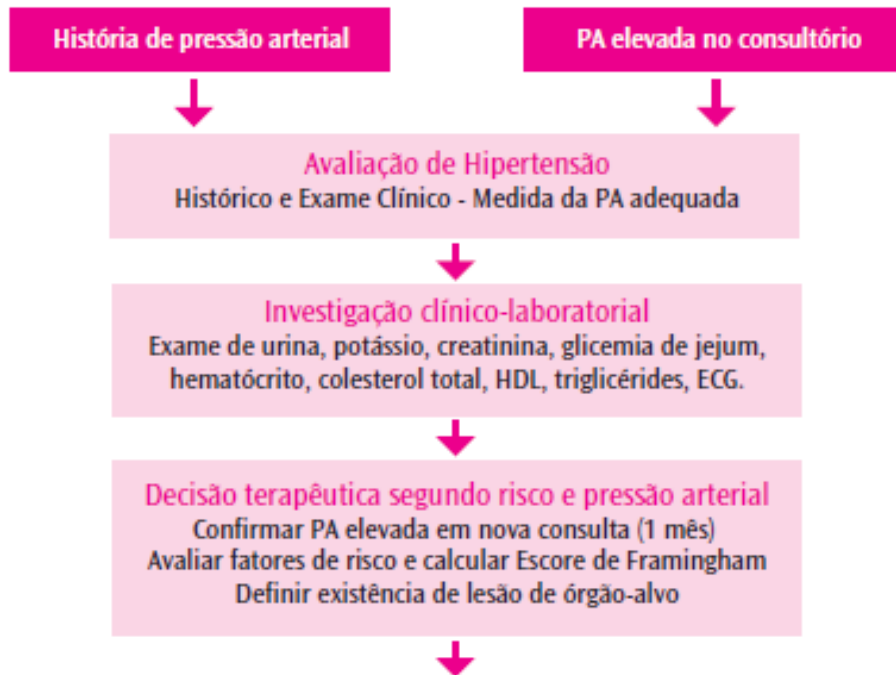
Categoria	Considerar
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	< 140/90 mmHg
Hipertensos e comportamento limítrofe com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou mais fatores de risco, DM, SM ou LOA	130/80 mmHg
Hipertensos com insuficiência renal com proteinúria > 1,0 g/l	

DM - diabetes melito; SM - síndrome metabólica; LOA - lesões em órgãos-alvo.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010.

Podemos esquematizar o planejamento terapêutico da Hipertensão Arterial Sistêmica, conforme as figuras das páginas a seguir.

Avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na hipertensão arterial



	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano)
PA normal (<120/80)	Reavaliar em 2 anos. Medidas de prevenção (ver Manual de Prevenção).		
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida
Estágio 1 (140-159/90-99)	Mudança de estilo de vida (reavaliar em até 12 meses)	Mudança de estilo de vida ** (reavaliar em até 6 meses)	Tratamento Medicamentoso
Estágios 2 (≥160 / ≥100)	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso

* Tratamento Medicamentoso se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes.

** Tratamento Medicamentoso se múltiplos fatores de risco.

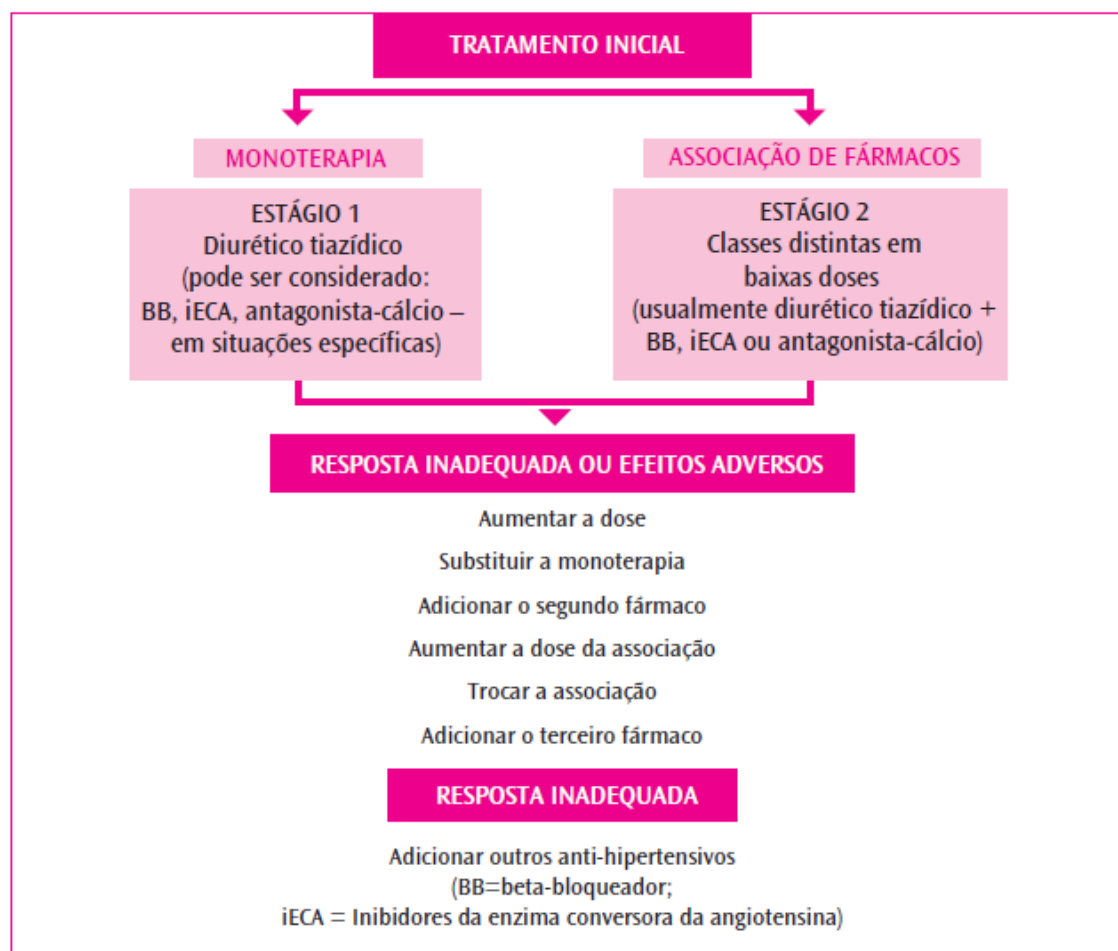
OBS: Escore de Framingham: ver Caderno Atenção Básica nº14-Prevenção Clínica de DCV e DRC.

Fonte: Brasil, 2006a.

Fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do SUS.

Grupos e representantes	Dose diária (mg)	Intervalo de dose (h)	Riscos de emprego mais importantes
<u>Diuréticos</u> Tiazídicos <i>Hidroclorotiazida</i>	12,5 - 50	24	Hipocalemia, hiperuricemia
De alça <i>Furosemida</i>	20 - 320	12 - 24	Hipovolemia, hipocalemia
<u>Antagonistas adrenérgicos</u> Bloqueadores beta <i>Propranolol</i>	80 - 320	6 - 12	Em predispostos: broncoespasmo, doença arterial periférica, bradiarritmias
<u>Antagonistas do SRA</u> Inibidores da ECA <i>Captopril</i> <i>Enalapril</i>	80 - 320 12,5 - 150 5 - 40	6 - 12 12 - 24	Tosse, hipercalemia

Tratamento da hipertensão arterial



Fonte: Brasil, 2006a.

5.7 DIABETES MELLITUS

Para o Ministério da saúde (BRASIL, 2006b, p. 9)

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

Devido ao incremento da obesidade, o diabetes mellitus, principalmente o tipo 2, vem aumentando sua prevalência. Estima-se que hoje, no Brasil, 11% da população igual ou superior a 40 anos seja portadora de diabetes mellitus, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (população estimada IBGE 2005) (BRASIL, 2006a).

5.7.1 Fatores de Risco e Prevenção

O diabetes mellitus tipo 2, cuja origem está relacionada à resistência insulínica dos tecidos, pode ser prevenido através de medidas comportamentais, notadamente a alimentação saudável, perda de peso e prática de atividades físicas. Até mesmo no estágio de tolerância à glicose diminuída, a aplicação dessas medidas pode prevenir ou retardar o surgimento do diabetes francamente instalado.

Importa muito a prevenção secundária, tanto para os diabéticos do tipo 1 quanto do tipo 2, como meio de evitar as complicações cardiovasculares, tanto as microvasculares- retinopatia, nefropatia, neuropatia- quanto as macrovasculares- doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica. Todas são responsáveis por grande morbimortalidade, por causas diversas: cardiovascular, renal, cegueira, amputação de membros e incapacidade funcional. O fumo, a hipertensão arterial sistêmica e a dislipidemia são fatores adicionais ao diabetes, que contribuem para a agressão vascular (BRASIL, 2006b).

5.7.2 Classificação

Podemos classificar o diabetes mellitus em tipo 1 e tipo 2. O tipo 1, menos prevalente, identifica a situação de deficiência absoluta de insulina, sendo necessária a administração de insulina exógena para prevenir complicações agudas como cetoacidose, coma e morte. A causa dessa deficiência de insulina está geralmente relacionada à destruição auto-imune das células beta pancreáticas. Normalmente, o diabetes tipo I manifesta-se, de forma inicial, na infância ou adolescência; porém, em alguns pacientes, manifesta-se na fase adulta, de forma lentamente progressiva- LADA - *latent autoimmune diabetes in adults*. O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, ou seja, o pâncreas secreta, inicialmente, a insulina em quantidades adequadas; porém, o excesso de peso e a deposição central de gordura provocam resistência dos tecidos à ação da insulina. Assim, a glicose não entra nas células, e o fígado aumenta o processo de gliconeogênese - produção hepática de glicose, causando a hiperglicemia. Com o tempo, o pâncreas secreta mais insulina, na tentativa de compensar a hiperglicemia; ao longo prazo, ocorrerá esgotamento dessa capacidade, gerando também um defeito secretor (BRASIL, 2006b).

5.7.3 Diagnóstico e Seguimento

O diagnóstico do diabetes Mellitus requer avaliação clínico-laboratorial minuciosa. Clinicamente, a suspeita pode, eventualmente, surgir através dos sintomas clássicos - poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal. Em outras situações, o diagnóstico será suspeitado já na fase de complicações – neuropatia, retinopatia, doença cardiovascular aterosclerótica. Entretanto, na maioria das vezes, o diagnóstico do diabetes mellitus, ou da regulação glicêmica alterada (pré-diabetes), será realizado através do rastreamento, que é realizado através dos exames a seguir (BRASIL, 2006b)

- Glicemia de jejum: nível de glicose sangüínea após um jejum de 8 a 12 horas;
- Teste oral de tolerância à glicose (TOTG-75g): O paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão;
- Glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição.

Os quadros a seguir resumem o diagnóstico do diabetes mellitus e das alterações da regulação glicêmica:

Quadro 7 – Critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes.

Critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes.	
Sintomas de diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada)	
+ glicemia casual e > 200 mg/dL (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições);	
= OU =	
Glicemia de jejum e > 126 mg/dL*;	
= OU =	
Glicemia de 2 horas e > 200 mg/dL no teste de tolerância à glicose*.	
* Devem ser confirmados com nova glicemia.	

Interpretação dos resultados da glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose.

Classificação	Glicemia em jejum (mg/dL)	Glicemia 2h após TTG-75g (mg/dL)
Normal	<110	<140
Hiperglicemia intermediária		
Glicemia de jejum alterada	110-125	
Tolerância à glicose diminuída		140-199
Diabetes mellitus	≥126	>200

Fonte: BRASIL, 2006b.

Tabela 1

Valores glicêmicos e risco de complicações			
	Glicemia jejum	Glicemia 2 horas	Risco aumentado para
Diabetes	≥ 126 mg/dl	≥ 200 mg/dl	Retinopatia, nefropatia, doença cardiovascular
Tolerância diminuída à glicose	< 126 mg/dl	140 a 199 mg/dl	Diabetes e doença cardiovascular
Intolerante de jejum	101 a 125 mg/dl	< 140 mg/dl	
Normal	≤ 100 mg/dl	< 140 mg/dl	

Fonte: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2004.

O DM, bem como as alterações iniciais da regulação glicêmica, constituem fatores de risco para as complicações já relatadas, acometendo olhos, coração, rins, cérebro, vasos e nervos periféricos. Sendo assim, a avaliação clínico-laboratorial inicial do paciente diabético, bem como as avaliações periódicas subsequentes, deverão ser minuciosas, como detalham os quadros a seguir (BRASIL, 2006b).

Avaliação clínica inicial de pacientes com diabetes.

História
Resultados de exames relacionados ao diagnóstico de diabetes ou do controle metabólico.
Sintomas de diabetes (apresentação inicial, evolução, estado atual).
Frequência, gravidade e causa de cetose e cetoacidose.
História ponderal, padrões alimentares, estado nutricional atual; em criança e adolescente, crescimento e desenvolvimento.
Tratamentos prévios, incluindo dieta e auto-medicação, e tratamento atual.
História familiar de diabetes (pais, irmãos).
Infecções prévias e atuais; atenção especial à pele, pés, dentes e trato urinário.
Uso de medicamentos que alteram a glicemia.
História de atividade física.
Fatores de risco para aterosclerose.
Estilo de vida e outros aspectos que podem afetar o manejo do diabetes.
História obstétrica.
Presença de complicações crônicas do diabetes.
Exame Físico
Peso, altura e cintura.
Maturação sexual (diabetes tipo 1).
Pressão arterial.
Fundo de olho (diabetes tipo 2).
Tireóide.
Coração.
Pulsos periféricos.
Pés (tipo 2).
Pele (acantose nigricans).

Avaliação laboratorial de pacientes com diabetes recém-diagnosticado.

Glicemia de jejum.
Hemoglobina glicada. (A1C)
Colesterol total, HDL-C e (para avaliar risco Framingham)
Triglicerídeos.
Creatinina sérica em adultos.
Exame de urina.
<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária. • Proteinúria. • Corpos cetônicos. • Sedimento.
Microalbuminúria (diabetes tipo 2, se proteinúria negativa).
TSH (diabetes tipo 1).
ECG em adultos.

Avaliação clínica inicial de complicações do diabetes tipo 2.

Alvo	Método de avaliação
Classificação de risco cardiovascular (escore de Framingham ou UKPDS Risk Engine, quando possível).	Anamnese (idade, sexo, fumo). Pressão arterial.ECG. Hemoglobina glicada.Colesterol total, HDL-C e triglicerídeos.
Detecção de complicações crônicas. Neuropatia/Pé diabético. Retinopatia.Nefropatia.	Pulsos periféricos. Exame dos pés (monofilamento, diapasão). Mapeamento de retina por oftalmologista) Microalbuminúria (Ver Quadro 14). Clearance de Creatinina (Ver CAB nº 14 – Prevenção Clínica de Doenças Cardiovasculares e Renal Crônica)

Fonte: Brasil, 2006b.

Detalhando melhor o rastreamento da doença renal crônica no paciente diabético – grupo de risco para desenvolvimento desta doença, devemos solicitar o exame de urina EAS para todo paciente diabético, para a investigação de proteinúria; nos indivíduos não proteinúricos, solicita-se a microalbuminúria, cujos níveis elevados indicam a nefropatia incipiente. É importante detectar essas alterações - microalbuminúria, proteinúria franca - pois nestes casos já está indicada a instituição de medicações específicas, quais sejam: inibidores da enzima conversora de angiotensina (captopril, enalapril), e/ou bloqueadores do receptor de angiotensina II (losartan). Essas medicações são capazes de promover a dilatação da arteríola eferente do glomérulo, reduzindo a filtração glomerular, evitando assim a progressão do dano renal. Apesar de seu efeito anti-hipertensivo, esses fármacos devem ser administrados mesmo na ausência de alterações da pressão arterial – desde que seja detectada microalbuminúria ou proteinúria- já que, neste caso, o objetivo primordial é a proteção renal (BRASIL, 2006b).

Para estimar a taxa de filtração glomerular, podemos lançar mão de uma das três ferramentas a seguir:

- 1) Clearance de creatinina – realizado a partir da coleta da urina em 24 horas. Nem sempre está disponível, além disso, não é facilmente exequível.
- 2)Tabela MDRD- correlaciona a idade, o sexo e a dosagem sérica de creatinina, para estimar a taxa de filtração glomerular.

3) Fórmula de Cockcroft-Gault- consiste no cálculo: $TFG = [140 - idade] \times \text{peso(kg)} / \text{creatinina plasmática (mg/dl)} \times 72$ para homens; para mulheres, multiplicar o resultado por 0,85.

De acordo com a taxa de filtração glomerular, podemos estagiar a doença renal crônica, conforme o quadro abaixo:

Classificação estágio da DRC

Estágio	Função renal	Clcr (ml/min/1,73m ²)
0	Grupo de risco: sem lesão renal função normal.	> 90
1	Lesão renal (microalbuminúria, proteinúria), função preservada, com fatores de risco	> 90
2	Lesão renal com insuficiência renal leve	60-89
3	Lesão renal com insuficiência renal moderada	30-59
4	Lesão renal com insuficiência renal severa	15-29
5	Lesão renal com insuficiência renal terminal ou dialítica	< 15

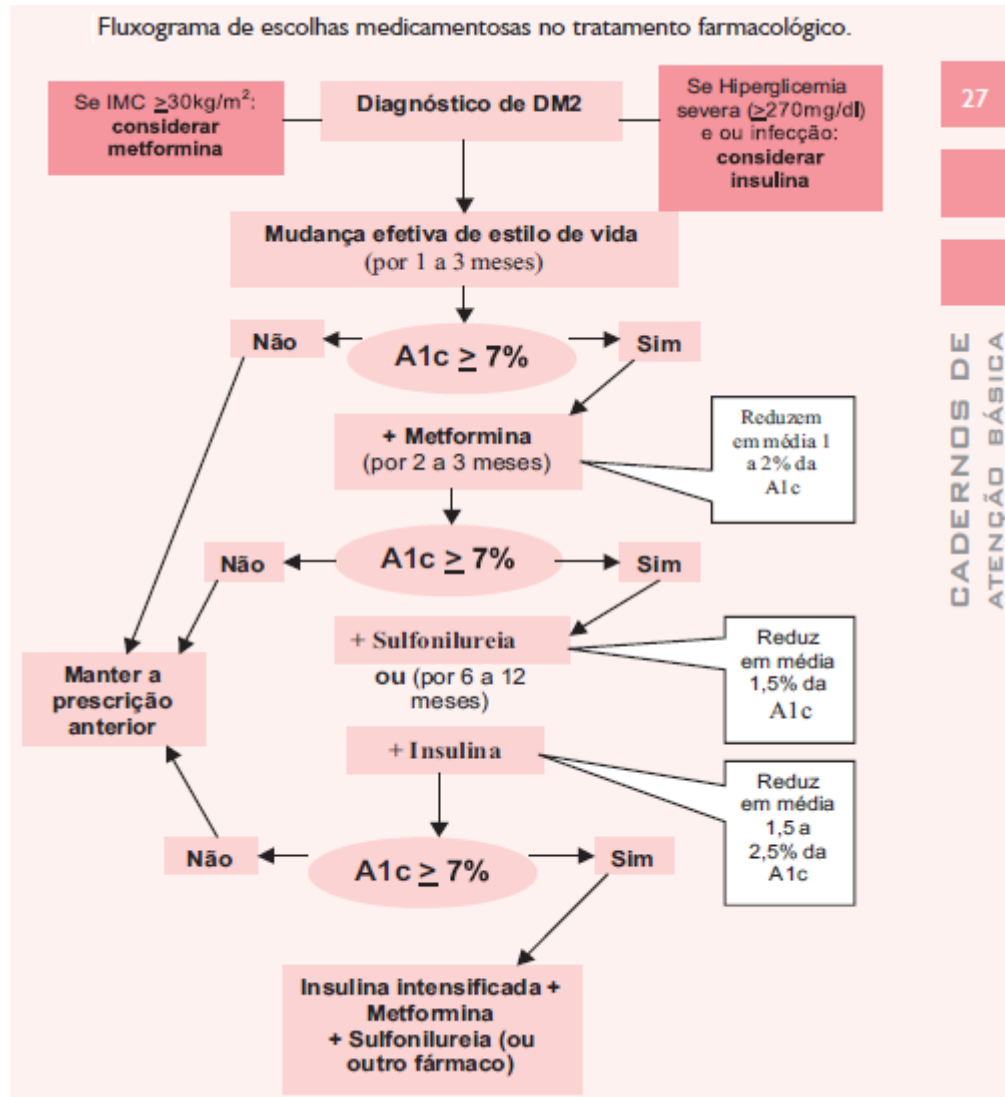
Fonte: Brasil, 2006b.

5.7.4 Tratamento

Além das medidas comportamentais – dieta, prática de atividades físicas, redução do consumo de bebida alcoólica, cessação do tabagismo, está indicada a farmacoterapia no tratamento do diabetes Mellitus. O objetivo do tratamento é atingir os alvos glicêmicos, manter hemoglobina glicosilada (A1C) menor que 7% e prevenir as complicações agudas e crônicas. A seguir, apresentamos os fármacos disponíveis e um fluxograma de tratamento (BRASIL, 2006b):

Fármacos para o tratamento da hiperglicemia do diabetes tipo 2.	
FÁRMACO	POSOLOGIA
Metformina	500mg a 2,550gr, fracionada em 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
Sulfoniluréias	
• Glibenclamida	2,5mg a 20mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
	2,5mg a 20mg, 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
• Glicazida	40mg a 320 mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
Insulina	
• NPH	10 U NPH ao deitar (ou 0,2 U/kg), aumento gradual de 2U; reduzir em 4U quando houver hipoglicemia. Se necessário, adicionar 1 a 2 injeções diárias, ver texto.
• Regular	Em situações de descompensação aguda ou em esquemas de injeções múltiplas, ver texto.

Fonte: Brasil, 2006b.



Fonte: Brasil, 2006b.

6 APLICAÇÃO DAS ETAPAS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES) NA UBS FONTE GRANDE

6.1-Etapa explicativa:

Apresentação: definindo os problemas

O PSF Fonte Grande funciona no bairro de mesmo nome, bem próximo à região central do município de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais. Historicamente, o foco da atenção à saúde nesta Unidade vem sendo direcionado às doenças agudas, que em grande parte, poderiam ser evitadas, caso houvesse adequada atenção aos pacientes com condições crônicas. Além deste problema, verifica-se uma situação de infraestrutura muito precária; como este aspecto é de cunho político-financeiro está fora da governabilidade dos membros da equipe. Resolvemos, então, priorizar o problema da ausência de atenção continuada às condições crônicas, situação passível de enfrentamento pelos membros da equipe (Quadro 10).

Priorizando os problemas

Quadro 8 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no PSF Fonte Grande.

Principais problemas	Importância	Urgência *	Capacidade de enfrentar	Seleção
Ausência de atenção continuada às condições crônicas	Alta	9	Parcial	1
Infraestrutura deficiente	Alta	6	Fora	2

*Total de pontos distribuídos: 15

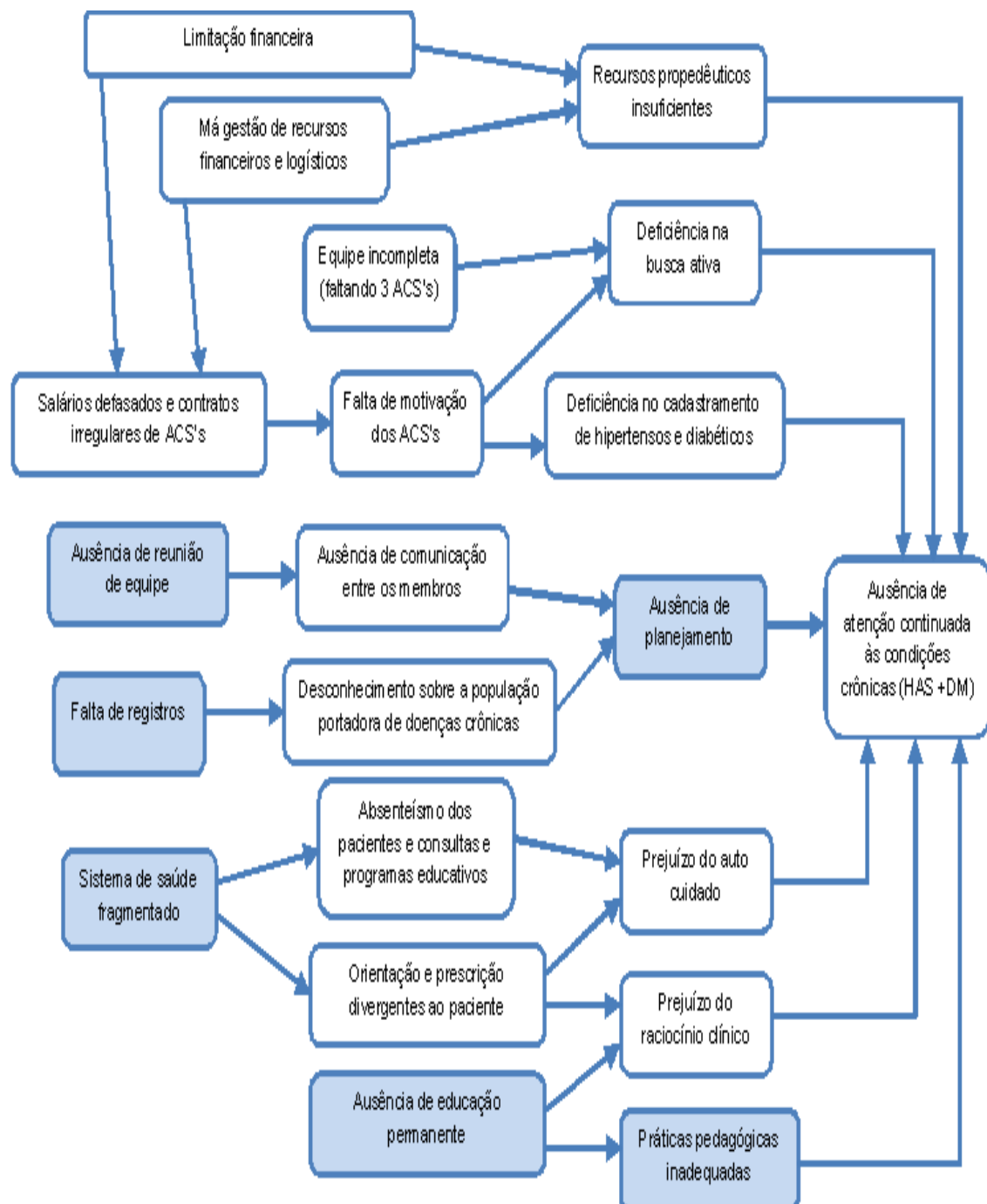
Descrevendo o problema

Antes da implantação do PROVAB no município de Conselheiro Lafaiete, 95% dos atendimentos do PSF Fonte Grande referiam-se à demanda espontânea. O restante

(5%) correspondia a gestantes e crianças agendadas (pré-natal e puericultura). Não havia atendimento programado para os diabéticos e hipertensos, caracterizando a situação de **ausência de atenção continuada aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**.

Explicando o Problema:

Veja, a seguir, a árvore explicativa do problema “Ausência de Cuidado Continuado às Condições Crônicas”:



6.2-Etapa normativa:

Selecionando os “nós críticos”:

Identificamos como nós críticos do problema, presentes no fluxograma anterior:

- ❖ Ausência de reuniões de equipe
- ❖ Falta de registros de informações
- ❖ Sistema de saúde fragmentado
- ❖ Ausência de educação permanente
- ❖ Ausência de planejamento
- ❖ Práticas pedagógicas inadequadas

Desenhando as operações para o projeto de intervenção:

Quadro 9 - Desenho de Operações para os “nós críticos” do problema Ausência de Cuidado Continuado às Condições Crônicas.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Ausência de reuniões de equipe	Implantar reuniões de equipe semanais	Comunicação entre os membros da equipe	Ações e saúde planejadas e articuladas entre os membros da equipe	Organizacional: organizar a agenda dos profissionais reservando dia e horário específico para a reunião
Falta de registros	Registrar dados durante as consultas, visitas de ACS's e atividades educativas	Obtenção de informações para o planejamento e avaliação em saúde	Cadastro de Hipertensos e Diabéticos; Dados clínico-laboratoriais sobre os pacientes	Organizacional: Para modificar o processo de trabalho e implantar a prática de registrar
Sistema de Saúde Fragmentado	Fomentar a troca de informações entre os diferentes níveis de atenção	Conhecimento sobre a evolução dos pacientes; coerência entre as prescrições fornecidas em níveis distintos	Referência e contra-referência	Político: Articulação Intersetorial

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Ausência de Educação Permanente em Saúde	Estimular a Educação Permanente	Análise constante do processo de trabalho; Planejar ações em saúde baseada em evidências; Aprimoramento das habilidades profissionais	Ações de saúde planejadas com base em evidências	Organizacional: Discussão de problemas e soluções entre os membros da equipe <i>Cognitivo:</i> Pesquisa e aprendizado individual <i>Político:</i> fornecimento de cursos pelo governo
Ausência de Planeamento	Promover discussões entre os membros da equipe; utilizar análise de dados e pesquisa na literatura para planejar	Planejar ações em saúde	Plano operativo para promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das condições	<i>Cognitivo:</i> capacidade de detectar os problemas e propor soluções Organizacional: Articulação entre os membros da equipe Financeiro: Recursos didáticos, propedêuticos e terapêuticos para subsidiar as ações
Práticas pedagógicas inadequadas	Estudar estratégias pedagógicas e desenvolvê-las junto à população; capacitar ACS's; conhecer necessidades e expectativas dos pacientes	Incorporação de hábitos de vida saudáveis pela população; seguimento do tratamento	Atividades pedagógicas efetivas	Cognitivo: Capacitação dos membros da equipe Organizacional: Articulação entre os membros da equipe <i>Financeiro:</i> recursos didáticos
Ausência de busca ativa	Promover busca ativa de diabéticos e hipertensos	Participação dos diabéticos e hipertensos nas consultas e atividades educativas; adesão a hábitos de vida saudáveis e tratamento		Organizacional: estimular a busca ativa pelos profissionais <i>Político-financeiro:</i> contratação de ACS's

6.3 Etapa Estratégica:

Quadro 10 - Propostas de ações para motivação dos atores

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Ator que controla os recursos	Motivação do ator	Ação Estratégica
Implantar reuniões de equipe semanais	<i>Organizacional:</i> organizar a agenda dos profissionais reservando dia e horário específico para a reunião	Gerente da Unidade de Saúde: enfermeira	Favorável	Não é necessária
Registrar dados durante as consultas, visitas de ACS's e atividades educativas	<i>Organizacional:</i> Para modificar o processo de trabalho e implantar a prática de registrar	Membros da equipe	Majoria favorável; alguns agentes comunitários de saúde indiferentes	Apresentar aos ACS's a necessidade de gerar dados para posterior planejamento e avaliação de ações
Fomentar a troca de informações entre os diferentes níveis de atenção	<i>Político:</i> Articulação Intersetorial	Médicos e enfermeiros dos PSF's, centros de especialidade e hospitais; Secretaria de Saúde	Médicos dos PSF's favoráveis; restante indiferente	Buscar apoio da Secretaria de Saúde para promover a articulação intersetorial, através de reuniões entre profissionais de diferentes níveis, capacitações e definição de protocolos
Estimular a Educação Permanente	<i>Organizacional:</i> Discussão de problemas e soluções entre os membros da equipe	Membros da equipe	Alguns membros favoráveis, outros indiferentes	Levar literatura de referência para discutir problemas selecionados nas reuniões de equipe

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Ator que controla os recursos	Motivação do ator	Ação Estratégica
Promover discussões entre os membros da equipe; utilizar análise de dados e pesquisa na literatura para planejar	<i>Organizacional:</i> Articulação entre os membros da equipe <i>Financeiro:</i> Recursos didáticos, propedêuticos e terapêuticos para subsidiar as ações	Membros da equipe Secretaria de Saúde	Alguns favoráveis, outros indiferentes Indiferente	Promover reuniões de equipe para discutir problemas, soluções e planejamento de ações
Estudar estratégias pedagógicas e desenvolvê-las junto à população; capacitar ACS's; conhecer necessidades e expectativas dos pacientes	<i>Cognitivo:</i> Capacitação dos membros da equipe <i>Organizacional:</i> Articulação entre os membros da equipe	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem Secretaria de Saúde Membros da equipe em geral	Favoráveis Indiferente Alguns favoráveis, outros indiferentes	Pesquisar estratégias educativas; capacitar ACS's; planejar e agendar atividades
Promover busca ativa de diabéticos e hipertensos	<i>Organizacional:</i> estimular a busca ativa pelos profissionais	Membros da equipe	Favoráveis	Não é necessária

6.4 Etapa tático-operacional

Quadro 11 -Plano Operativo

Operações	Resultados Esperados	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
Implantar reuniões de equipe semanais	Comunicação entre os membros da equipe	Não é necessária	Enfermeira	Início imediato
Registrar dados durante as consultas, visitas de ACS's e atividades educativas	Obtenção de informações para o planejamento e avaliação em saúde	Apresentar aos ACS's a necessidade de gerar dados para posterior planejamento e avaliação de ações	Todos os membros da equipe	1 mês para definir, especificar e pactuar os dados que serão coletados; 1 mês para iniciar os registros
Fomentar a troca de informações entre os diferentes níveis de atenção	Conhecimento sobre a evolução dos pacientes; coerência entre as prescrições fornecidas em níveis distintos	Buscar apoio da Secretaria de Saúde para promover a articulação intersetorial, através de reuniões entre profissionais de diferentes níveis, capacitações e definição de protocolos	Médicos e enfermeiros; Secretaria de Saúde	Referência e contra-referência imediatas; Solicitação imediata de apoio da Secretaria de Saúde
Estimular a Educação Permanente	Análise constante do processo de trabalho; Planejar ações em saúde baseada em evidências; Aprimoramento das habilidades profissionais	Levar literatura de referência para discutir problemas selecionados nas reuniões de equipe	Todos os membros da equipe	Início imediato de pesquisa individual; 1 mês para iniciar discussão de temas da prática selecionados pela equipe, baseada em literatura de referência

Operações	Resultados Esperados	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
Promover discussões entre os membros da equipe; utilizar análise de dados e pesquisa na literatura para planejar	Planejar ações em saúde	Promover reuniões de equipe para discutir problemas, soluções e planejamento de ações	Equipe	Início imediato das discussões nas reuniões; 1 mês para iniciar registros; 3 meses para plano operativo consolidado e gestão do plano
Estudar estratégias pedagógicas e desenvolvê-las junto à população; capacitar ACS's; conhecer necessidades e expectativas dos pacientes	Incorporação de hábitos de vida saudáveis pela população; seguimento do tratamento	Pesquisar estratégias educativas; capacitar ACS's; planejar e agendar atividades	Equipe	1 mês para definir como serão realizadas as atividades educativas
Promover busca ativa de diabéticos e hipertensos	Participação dos diabéticos e hipertensos nas consultas e atividades educativas; adesão a hábitos de vida saudáveis e tratamento	Não é necessária	Equipe	1 mês para iniciar busca ativa (chegada dos novos ACS's contratados); Início imediato de identificação de casos na rotina de atendimento

Gestão do Plano:

- ❖ Levantamento de registros efetuados;
- ❖ Verificação do andamento das operações;
- ❖ Identificação de obstáculos;
- ❖ Reavaliação contínua de definições, metas e prazos.

7 IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO CONTINUADO NA UBS FONTE GRANDE

Para efetivar a implantação e continuidade do cuidado direcionado aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no PSF, faz-se necessário, primeiramente, conhecer quantos e quem são na população de abrangência da Unidade; mais que isso, precisamos saber qual a situação clínica dos mesmos, para definir prioridades de atendimento e periodicidade do acompanhamento. No PSF Fonte Grande, um grande problema detectado foi justamente a falta de registros sobre estes pacientes; o cadastro encontra-se subestimado, em parte, devido ao longo período em que a Unidade permaneceu com a equipe incompleta, com defasagem de três agentes comunitários de saúde. Em julho/2013, a gestão municipal realizou processo seletivo para contratação de novos agentes comunitários de saúde; assim, pudemos reiniciar o processo de cadastramento de hipertensos e diabéticos na Unidade. Além disso, para implantar as consultas periódicas do Hiperdia, onde realizamos o cuidado especificamente direcionado aos hipertensos e diabéticos, optamos pela revisão de prontuários, como forma de caracterizar o panorama das referidas doenças na população; além de identificar os pacientes mais graves e/ou faltosos com seus cuidados de saúde, objetivando a busca ativa - realizada com a participação dos agentes comunitários de saúde. Inicialmente, selecionamos amostra aleatória de 56 prontuários (10 por microárea), buscando capturar os seguintes dados (registrando em ficha específica):

- Dados de Identificação: Nome, cor autorreferida, peso, altura, IMC, Data de Nascimento, Endereço, Microárea, Agente Comunitário de Saúde responsável;
- Diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus
- Etilismo? Tabagismo? Sedentarismo?
- Antecedentes Familiares de Doenças Cardiovasculares?
- Complicações? Se sim, especificar qual
- Registros das últimas consultas: pressão arterial, glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada

- Medicações em uso
- Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus
- Necessidades Identificadas

Neste primeiro momento, a análise dos prontuários é interessante, por fornecer subsídio para a definição dos próximos passos. A identificação e separação por microárea permite o arquivamento da ficha inicial em pastas ou envelopes específicos para cada microárea – importante para que o ACS conheça os hipertensos e diabéticos de sua área, e facilitando a busca ativa dos faltosos. O registro de dados clínicos e laboratoriais, bem como das medicações em uso, permite a caracterização do estado de saúde dos pacientes, podendo assim definir: os casos prioritários; a classificação das referidas doenças; o estabelecimento de periodicidade adequada para as consultas; e, principalmente, a identificação de necessidades. Quais sejam essas necessidades: cadastramento no Hiperdia, quando o mesmo ainda não foi realizado; rastreamento e caracterização de lesões em órgãos-alvo; busca ativa dos pacientes afastados da Unidade; ajuste de medicações; planejamento de medidas de orientação comportamental e estímulo do autocuidado.

Tendo em mãos o registro inicial, o mesmo é arquivado em duas vias: a primeira, nas pastas de cada microárea, como já explicado; e a segunda, no prontuário do paciente. A partir daí, as consultas de Hiperdia são acompanhadas em formulário específico (Anexo 1), contendo dados importantes para o seguimento de parâmetros clínico-laboratoriais, buscando prevenir e rastrear as complicações “silenciosas” e as francamente instaladas. Como objetivo principal deste acompanhamento minucioso, temos a prevenção da progressão das patologias em questão, bem como a promoção da qualidade de vida dos pacientes.

Os dados recuperados através da revisão de prontuários foram digitados no Programa Excel e analisados no Programa Epilinfo versão 2006. Procedeu-se a uma análise descritiva dos registros de prontuários.

8 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dentre os 56 pacientes participantes da intervenção, 38 (67,9%) eram do sexo feminino e 21 pessoas se declararam brancas (51,2%). As análises a seguir ficaram prejudicadas pela grande frequência de dados não registrados adequadamente.

Em relação ao sexo masculino (n=18) observamos que a idade média foi de 70 anos, variando de 42 anos a 87 anos. Houve predominância da raça/cor branca (41,7%). Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) só foi possível recuperar os dados do prontuário para metade dos pacientes, sendo que nos três adultos do sexo masculino, um teve o IMC normal e os outros dois foram classificados como obesos. Em relação aos seis idosos, um era de baixo peso, três de peso normal e dois foram classificados como sobrepeso.

Em relação às características clínicas verificamos que 16 homens eram hipertensos (88,9%) e 11(61,1%) eram diabéticos. Havia registro de etilismo para 22,2%, de 16,7% de tabagismo, 33,3% de sedentarismo e de 33,3% de antecedentes familiares com história de hipertensão arterial ou diabetes tipo 2. Onze pacientes (68,8%) tinham alguma história de complicação de patologias: claudicação intermitente (n=2); doença renal (n=2); ferida sem cicatrização em ponto de amputação (n=1); cirrose alcoólica (n=1); sequela de acidente vascular encefálico (AVE) (n=2); úlcera de membros inferiores (n=2); úlcera de membros inferiores como sequela de AVE e acamado (n=1). Em relação à hipertensão arterial, a maioria (61,5%) foi classificada como estágio dois.

As necessidades de cuidado estabelecidas para os homens foram:

- ✚ Estabelecer o autocuidado apoiado;
- ✚ Controlar a glicemia e caracterizar as lesões-alvo;
- ✚ Ajustar medicações;
- ✚ Realizar busca ativa de paciente em abandono de terapia;
- ✚ Realizar o cadastro no Hiperdia;
- ✚ Rastrear lesões de órgãos-alvo;
- ✚ Realizar exames laboratoriais;
- ✚ Maior controle clínico;

- ✚ Aumentar a frequência de consultas com o médico;
- ✚ Reavaliar as feridas.

Em relação ao sexo feminino (n=38) observamos que a idade média foi de 68 anos, variando de 16 anos a 89 anos. Houve predominância da raça/cor branca (51,7%). Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) foi possível recuperar os dados do prontuário para vinte pacientes, sendo que todos os sete adultos do sexo feminino foram classificados como sobrepeso. Em relação aos treze idosos, quatro (30,8%) tinham peso normal, seis (46,1%) de sobrepeso e dois (15,4%) como obesas.

Em relação às características clínicas verificamos que 32 mulheres eram hipertensas (84,2%) e 25 (65,8%) eram diabéticas. Não havia registro de etilismo, entretanto, havia registro de 7,9% de tabagismo, 26,3% de sedentarismo e de 44,7% de antecedentes familiares com história de hipertensão arterial ou diabetes, sendo duas classificadas como tipo 1. Onze pacientes (28,9%) tinham alguma história de complicação de patologias: angioplastia (n=1); sequela de AVE (n=2); cardiopatia (n=1); doença renal (n=1); ferida de decúbito (n=1); AVE e angina pectoris (n=1); infarto agudo do miocárdio (n=1); pé diabético (n=2) e úlcera em dorso do pé (n=1). Em relação à hipertensão arterial, a maioria (31,2%) foi classificada como estágio um.

As necessidades do cuidado estabelecidas para as mulheres foram:

- ✚ Estabelecer prioridade de consulta;
- ✚ Estabelecer rígido controle da glicemia, maior frequência de visitas domiciliares, caracterizar melhor as lesões de órgãos-alvo;
- ✚ Cadastrar no Hiperdia, melhor caracterização de órgãos-alvo;
- ✚ Estabelecer periodicidade de consultas, realizar exames para rastreamento e eventual tratamento de lesões de órgãos-alvo, ajuste de medicações, controle rigoroso da glicemia;
- ✚ Rastrear lesões de órgãos-alvo;
- ✚ Realizar busca ativa, pois paciente está sem acompanhamento;
- ✚ Caracterizar as lesões de órgãos-alvo, rígido controle glicêmico, cuidados paliativos;

- ✚ Ajustar medicamentos;
- ✚ Ajustar as consultas estabelecendo periodicidade;
- ✚ Ajustar os medicamentos anti-hipertensivos;
- ✚ Realizar os exames laboratoriais de acompanhamento;
- ✚ Encaminhar para consulta com o endocrinologista;
- ✚ Controlar a pressão arterial;
- ✚ Oferecer acompanhamento psicoterápico a pacientes e familiares;
- ✚ Caracterizar as lesões já existentes;
- ✚ Controlar clinicamente a hipertensão e o diabetes;
- ✚ Motivar o autocuidado.

A análise dos dados de prontuário permitiu inferir a grande relação de fatores ambientais – etilismo, tabagismo e sedentarismo- na gênese da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, em ambos os sexos. Além disso, elevados índices de massa corpórea estão presentes na maioria dos pacientes.

Quanto aos aspectos organizacionais, conseguimos avanços importantes, que consolidam as bases para a implantação do autocuidado no PSF Fonte Grande:

- a) Contratação de três agentes comunitários de saúde, tornando a equipe completa, o que permitiu a retomada do cadastramento de hipertensos e diabéticos, bem como proveu recursos humanos necessários à realização de busca ativa;
- b) Agendamento de uma tarde semanal para as consultas individualizadas direcionadas ao cuidado continuado dos hipertensos e diabéticos, estabelecendo uma rotina de foco específico aos indivíduos com as doenças, com tempo suficiente para a atenção integral a estes pacientes. Para agendamento das consultas, partimos de casos identificados pela equipe na rotina, e através de demanda espontânea, além da busca ativa, iniciada através de análise retrospectiva de 56 prontuários. Priorizamos pacientes com diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica em estágios 2 e 3, e/ou presença de lesões em órgãos-alvo e complicações clínicas;
- c) Agendamento de uma tarde semanal, destinada às reuniões de equipe e/ou atividades educativas e/ou revisão de prontuários sendo esta última atividade

realizada para busca ativa de pacientes que abandonaram o tratamento, ou que não estão em adequado seguimento. As reuniões permitiram maior integração da equipe, discussão de planos e metas entre os membros, e maior conhecimento sobre a população residente da área de abrangência.

Até o momento, não tivemos sucesso na articulação intersetorial, que depende de esforços político-organizacionais, envolvendo não só os profissionais da Atenção Primária, como também os gestores municipais e os profissionais de outros níveis. Outro aspecto que interferiu negativamente no cuidado continuado aos diabéticos e hipertensos, foi a oferta insuficiente de exames laboratoriais e outros recursos propedêuticos – radiografia, ecodopplercardiograma, duplex scan de membros inferiores, eletrocardiograma, prejudicando o rastreamento de lesões em órgãos-alvo e a caracterização de complicações, cujo tratamento precoce poderia evitar ou retardar a progressão dessas doenças.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da organização do processo de trabalho, para a execução efetiva dos planos de ação em saúde, incluindo o cuidado continuado direcionado aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, a definição de prioridades e metas, bem como os agentes responsáveis pelas mudanças, estabelecendo um cronograma para a realização das intervenções, significa portanto, planejar. O planejamento das ações em saúde, por sua vez, permite a otimização dos recursos, tanto humanos como financeiros como maior eficácia das condutas. Além disso, a reavaliação contínua de metas e resultados constrói uma dinâmica de flexibilidade frente aos desafios apresentados à equipe, tornando o processo de trabalho mais sensível à realidade e gerando uma perspectiva transformadora nas condições de saúde da população. Entretanto, alguns obstáculos a este propósito podem ser identificados, necessitando o desenvolvimento de estratégias para superá-los:

- A questão ideológica: a falta de recursos materiais, bem como a ausência de medidas que informem a população e fortaleçam o verdadeiro papel desempenhado pela Atenção Primária à Saúde (APS) no sistema, fazem com que seja perpetuada a visão da APS como atenção de baixa densidade tecnológica, voltada para pessoas e regiões pobres, e limitada à prestação de serviços focados na atenção à demanda espontânea. Desta maneira, a APS acaba sobrecarregada pelo atendimento à demanda espontânea, em detrimento das ações preventivas/educativas.

- Baixa valorização política, econômica e social do PSF, Esse quadro resulta, em grande parte, da questão ideológica, mas também, do “pequeno valor econômico que a APS agrega a atores sociais de grande peso na arena sanitária: indústria farmacêutica, indústria de equipamentos biomédicos, prestadores de serviços de maior prestígio e formadores de opinião. Some-se, a isso, o baixo valor simbólico que o PSF representa para os políticos, para os gestores e para a própria população, cuja percepção, captada nas pesquisas de opinião, está ligada, fundamentalmente, a um atendimento médico especializado e rápido. Outra dimensão de baixa valorização situa-se no campo corporativo. Os profissionais do PSF nem sempre são

reconhecidos por seus pares com o mesmo valor que se reconhecem os especialistas.” Isso explica, em parte, a baixa adesão da população ao cuidado continuado e às atividades educativas no PSF, uma vez que os próprios usuários anseiam por foco na demanda espontânea, conforme verificado no PSF Fonte Grande.

- Carência de infraestrutura adequada: em grande parte do país, o PSF funciona em unidades com precária infraestrutura - muitas vezes funciona em casa alugada, como é o caso da Unidade de Saúde referida neste trabalho, o que é incompatível com a concepção de uma APS resolutiva e de qualidade.
- Baixa densidade tecnológica: por mais que a APS se proponha a ser resolutiva, ofertando atenção de alta complexidade – integração de elementos cognitivos, socioeconômicos e psicológicos- e baixa densidade tecnológica, alguns recursos logísticos são absolutamente indispensáveis em uma prática de APS de qualidade. São exemplos: material para realização de exames preventivos ginecológicos; instrumentos necessários à clínica básica, como estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro e otoscópio; equipamentos e fármacos essenciais para o atendimento inicial de urgências; glicosímetro e fitas para rastreamento e controle do diabetes. Sabemos que, em muitas regiões do país, ocorre deficiência no fornecimento destas tecnologias.
- Fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico: falta de racionalização dos recursos, ineficiência, baixa qualidade, dificuldade de acesso dos usuários e corrupção, fazem com que a oferta de exames complementares, absolutamente indispensáveis no diagnóstico e seguimento de patologias - notadamente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus - seja insuficiente.
- Carência de equipes multiprofissionais: atualmente, a atenção do PSF é centralizada nos médicos e enfermeiros; porém, outros profissionais são necessários para manejar as condições crônicas. Nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas – que compõem a equipe do NASF, eventualmente

funcionando como apoiadores do PSF - devem, idealmente, participar da composição da equipe no futuro.

- A fragilidade dos sistemas de informação clínica: a ausência de prontuários eletrônicos no PSF prejudica a otimização do tempo – muitas vezes com preenchimento de informações coincidentes, em diferentes formulários-, além de tornar ineficiente a comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, e ocasionar subnotificação de condições clínicas. Prontuários eletrônicos permitiriam melhor controle das doenças crônicas, já que o profissional teria acesso a consultas e prescrições anteriores; alimentariam também as bases de dados do SUS.
- Problemas gerenciais: muitas vezes a atenção à saúde é programada com base na oferta de recursos, e não nas necessidades da população. Interesses políticos e baixa profissionalização dos gestores contribuem para esse quadro, que culmina na inviabilização de ações que poderiam gerar impacto positivo na resolução dos problemas da população.
- Fragilidade do Controle Social: os Conselhos Locais de Saúde que muitas vezes não existem ou são pouco atuantes, o que contribui para a negligência das necessidades e interesses da população.
- Problemas Educacionais: profissionais de saúde despreparados para a atuação no Programa Saúde da Família, que desconhecem a concepção de ESF, atuam reforçando o tradicional modelo de saúde fragmentado, além de não contribuírem para o trabalho em equipe.
- Problemas trabalhistas: a fragilidade dos vínculos trabalhistas, muitas vezes mantidos com contratos irregulares e salários defasados, sem garantia dos direitos previstos na Consolidação das Leis Trabalhistas, faz com que os profissionais atuantes na ESF estejam frequentemente desmotivados a desempenhar suas atividades com excelência.

Os problemas acima expostos, identificados no PSF Fonte Grande, podem ser estendidos à realidade majoritária da APS no país. Convém refletirmos sobre estas questões, e buscarmos o diálogo com a gestão e a população, com o objetivo de alcançar avanços que permitam a consolidação da APS como estratégia transformadora da saúde. Só assim ampliaremos o alcance e a resolutividade das ações propostas, a exemplo do cuidado continuado direcionado aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, L.M. **A psicopedagogia e o momento do aprender**. São José dos Campos: Pulso, 2006 apud SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Cadernos de Atenção Básica n.14. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **Dados sobre Diabetes**. Vigitel Brasil 2011.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª edição. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento e avaliac ao das acoes de saude 2/3](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliao das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em 14 de junho de 2013.

CONSELHEIRO LAFAIETE. Banco de dados. Disponível em: <<http://www.conselheiolafaiete.mg.gov.br/>>. Acesso em: 08/04/2013.

CONSELHEIRO LAFAIETE. Datasus. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 08/04/2013.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte. **Oficina 2 – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial**. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2011.

GOLDMEIER, S.; CASTRO, I. **A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio.** Revista AMRIGS, v.49, n.3, p.149-154, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos Municípios Brasileiros, 2012.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2012/>. Acesso em: 08/04/2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão de 2004.** Rio de Janeiro: IBGE; 2006 *apud* MENDES, 2012.

LOIYD-JONES, D.M. **Cardiovascular Risk Prediction: Basic Concepts, Current Status, and Future Directions.** 2010: American Heart Association. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/121/15/1768>>. Acesso em 06/10/2013.

LOPES, M. C. L. *et al.* **O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008; 10(1):198-211. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>>. Acesso em 06/10/2013.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F.C. **Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde: diagnósticos, instrumentos e intervenções.** Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2011. Disponível em: <www.iadb.org/pt/publicacoes/detalhes,7101.html?id=70056>. Acesso em 06/10/2013.

MALTA, D.C.; SILVA JR, J. B. **O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.22, n.1, p.151-164, 2013.

MALTA D.C. **Panorama atual das doenças crônicas no Brasil.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, 2011 *apud* MENDES, 2012.

MENDES, E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde-representação Brasil, 2012.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamentos adictivos.** Porto Alegre: Artmed, 2001 in: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Linhas de Cuidado: Hipertensão Arterial e Diabetes.** Brasília: 2010.

PARANÁ. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Autocuidado Apoiado: Manual do Profissional de Saúde.** Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

SCHIMDT, M.I. *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** 2011. Série Saúde no Brasil, v. 4. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/.../0000002212>. Acesso em 06/10/2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus: Classificação e Diagnóstico.** Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina, 2004.

ANEXO**FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO HAS/DM****Nome:****Data de Nascimento:****Cor:****Endereço:****Microarea e ACS responsável:****Telefone:****Data:****História familiar HAS/DM:** () Sim () Não**Etilismo:** () Não () Sim- quantificar:**Tabagismo:** () Não () Sim- quantificar:**Sedentarismo** () Sim () Não- detalhar:**Queixas:****Exame físico:**

PA: ACV:

AR: MMII:

Exames laboratoriais:**Lesão de órgão-alvo?** Se sim, especificar**Histórico de complicações agudas/crônicas?** Se sim, especificar**Medicações em Uso:****Observações:****Classificação HAS:****Conduta:****Retorno em:**