

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

FERNANDA PEREIRA LOPES

**PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS COMPULSÓRIAS NO
HIPERTENSÃO: PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM
UMA EQUIPE DO TRIÂNGULO MINEIRO**

UBERABA - MINAS GERAIS
2013

FERNANDA PEREIRA LOPES

**PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS COMPULSÓRIAS NO
HIPERTENSÃO: PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM
UMA EQUIPE DO TRIÂNGULO MINEIRO**

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

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

UBERABA - MINAS GERAIS
2013

FERNANDA PEREIRA LOPES

**PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS COMPULSÓRIAS NO
HIPERDIA: PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM
UMA EQUIPE DO TRIÂNGULO MINEIRO**

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

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

Banca Examinadora:

Ms. Fernanda Carolina Camargo

Dra. Sandra de Azevedo Pinheiro

Aprovado em Belo Horizonte __/__/__

“Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.”

- Antoine de Saint-Exupéry em O pequeno príncipe.

Dedico este trabalho aos meus queridos colegas PROVABianos que estiveram sempre presente nesta jornada, tornando-a, definitivamente, menos tortuosa. Família, vocês também foram imprescindíveis no sucesso desse traçado até aqui.

AGRADECIMENTOS

O término de uma jornada sempre é tempo de agradecer aqueles que te apoiaram até o final. Primeiro a Deus o meu sincero obrigada por me manter sempre no caminho. Minha família, meu alicerce. Agradeço ainda a minha equipe por estar sempre trabalhando em conjunto comigo em prol do mesmo objetivo: fazer o melhor à nossa comunidade. Obrigada, Fernanda, minha orientadora por toda a paciência ao longo deste projeto. E ainda, aos meus tutores que me mostraram as ferramentas e as melhores formas de usá-las dentro do meu objetivo e bem como de minha vida.

RESUMO

Prescrição de medicamentos é parte integrante da assistência clínica, e o cumprimento adequado do regime terapêutico medicamentoso resulta na melhora do estado geral das pessoas acometidas por agravos em saúde. A Estratégia Saúde da Família prevê atuações efetivas que resultem no controle dos agravos Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Neste contexto, o presente estudo objetiva discutir a rotina de prescrição compulsória de medicamentos, isto é, renovação de receitas sem uma avaliação sistemática dos portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na equipe saúde da família Mansour II, Uberlândia/MG. Além disso, pretende-se apresentar uma proposta de intervenção para melhor organização desta prática. Esta realidade persiste devido à resistência da população ao tratamento, como também é proveniente de uma demanda assistencial que extrapola as diretrizes preconizadas para uma equipe de saúde da família; o que acaba por impedir acesso regular dos usuários à consulta médica. O desenvolvimento da proposta de intervenção baseou-se no Planejamento Estratégico em Saúde, considerando: a caracterização do cenário de intervenção, a explicação do problema e a descrição da proposta. As intervenções foram organizadas em um Quadro Lógico, de forma que os resultados do projeto pretendem: busca ativa e classificação do risco dos portadores dos agravos, organização da rotina assistencial desse grupo populacional a fim de facilitar o acesso regular e acompanhamento pelos diferentes integrantes da equipe, organização de grupo educativo. As intervenções são consideradas de alta governabilidade para a execução da própria equipe de saúde e com potencial para alcance da qualidade na assistência.

Palavras-chave: Prescrições de Medicamentos. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Programa Saúde da Família

ABSTRACT

Prescription drugs is an integral part of clinical care , and proper enforcement of drug regimen results in improved overall health status of the people affected by health disorders . The Family Health Strategy provides effective actions that result in the control of diseases Hypertension and / or Diabetes Mellitus . In this context , this study aims to discuss the compulsory routine prescription medications , ie , prescription refills without a systematic evaluation of patients with Hypertension and / or Diabetes Mellitus health team Mansour II , Uberlândia / MG family. Furthermore , we intend to submit a proposal for intervention to improve the organization of the practice. This situation persists because of public resistance to treatment , but also from a health care demand that goes beyond the guidelines recommended for a family health team , which ultimately prevent regular users' access to medical consultation . The development of the proposed intervention was based on the Strategic Health Planning , considering : the characterization of the intervention scenario, the explanation of the problem and the proposal description. The interventions were organized in a logical framework , so that the results of the project aim to : active search and classification of risk for patients of diseases , organization of routine care of this population group in order to facilitate access and regular monitoring by different team members , organizing educational group. Interventions are considered high governance for the implementation of own health team and the potential to achieve quality in care

Keywords: Drug Prescriptions. Hypertension. Diabetes Mellitus. Family Health Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

- Figura 1.** Área externa do Complexo Viva Mansour, Uberlândia/MG, 2013..... Pág.18
- Figura 2.** Unidade de Saúde que se localiza no NAICA, do complexo Viva Mansour, Uberlândia/MG, 2013..... Pág. 19
- Figura 3.** Área de abrangência da UAPSF Mansour II, conforme microáreas, Uberlândia/MG, 2013..... Pag 21
- Quadro 1.** Risco estratificado e quantificação do prognóstico para os portadores de Hipertensão Arterial..... Pág. 25
- Quadro 2.** Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento, na atenção primária à saúde..... Pág.26
- Quadro 3.** Parâmetros de assistência para os usuários com diabetes mellitus, por estrato e procedimento, na atenção primária à saúde.....Pág. 27
- Quadro 4.** Parâmetros de encaminhamentos para os usuários com hipertensão arterial sistêmica de alto risco e diabetes mellitus com controle metabólico ruim, para assistência na atenção secundária à saúde..... Pág. 29
- Quadro 5.** Caracterização das ações da proposta de intervenção por meio do instrumento Quadro Lógico, Uberlândia/MG. 2013..... Pág. 34

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	Pág.12
2. OBJETIVOS	Pág.14
3. CAMINHOS METODOLÓGICOS	Pág.15
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	Pág.17
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE INTERVENÇÃO	Pág.17
4.2. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	Pág.23
4.3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	Pág.30
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	Pág.36
REFERENCIAS	Pág.37

APRESENTAÇÃO

Como médica generalista, graduada em julho de 2012 pela Universidade de Uberaba, tenho trabalhado na Saúde da Família desde então. A princípio, iniciei minhas atividades na cidade de Prata – MG e desde março de 2013 encontro-me inserida na Unidade de Atenção Primária a Saúde da Família (UAPSF) Mansour II, localizada no bairro Mansour, na cidade de Uberlândia – MG, sendo a médica responsável por toda área abrangida pelo Jardim Europa.

Para que pudesse refinar os conhecimentos e habilidades adquiridos na graduação, optei por me inscrever no PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), o qual me inseriria em uma ESF (Equipe de Saúde da Família) e me tornaria responsável por tal, fazendo com que me interessasse mais pelos problemas de minha comunidade bem como na forma de como resolvê-los. Para que esse conhecimento e resolução fossem eficazes, o PROVAB integra, como parte de suas atividades, o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF / UFMG).

A abordagem ao problema dos usuários portadores de *Hipertensão Arterial (HA)* e de *Diabetes Mellitus (DM)* se deve pela sua magnitude observada na prática cotidiana, junto à equipe de saúde na atenção aos nossos usuários cadastrados. Declaro que é um dos problemas de saúde mais comumente abordado pela equipe de saúde da família e que ainda assim merece grande atenção. Ambas são doenças crônicas e evolutivas, que sozinhas ou em conjunto podem culminar em diversas complicações, sendo que o acompanhamento e a abordagem adequada contribuem com efeito para minimizá-las.

Neste sentido, é essencial que a prática clínica esteja apoiada nas recomendações clínicas atualizadas. Mas, diante a complexidade das abordagens na saúde da família, por meio deste trabalho de conclusão de curso, venho apresentar a experiência da equipe onde atuo para qualificar/otimizar a atenção à saúde aos portadores deste agravo e identificar aqueles que ainda não são cadastrados como hipertensos e/ou diabéticos, a fim de contribuir para o fortalecimento da Saúde da Família no manejo desses casos, no sentido da qualidade de vida.

1. INTRODUÇÃO

A prescrição de medicamentos é parte integrante da assistência clínica, e o cumprimento adequado do regime terapêutico medicamentoso resulta na melhora do estado geral das pessoas acometidas por algum agravo em saúde (FRÖHLICH *et al.*, 2010; PORTELA *et al.*, 2010).

Entretanto, no Brasil, há dificuldades para obtenção de medicamentos, como também sua subutilização e consumo irracional. O que ocorre são distorções, tanto no seu acesso quanto no acompanhamento clínico adequado da situação de saúde dos indivíduos (FRÖHLICH *et al.*, 2010; PORTELA *et al.*, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) reafirma em seu conceito uma reorganização das práticas assistenciais em saúde, com o propósito do trabalho em equipe, de modo a garantir espaço participativo, dirigido a populações bem delimitadas em seu território (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000; FARIA *et al.*, 2009; BRASIL, 2012).

Neste cenário, foram instituídos programas para atenção de agravos prioritários nas populações, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, devido a elevada morbimortalidade dessas patologias e, a sensibilidade do controle desses agravos por meio de ações de saúde realizadas no nível primário de atenção (CARVALHO *et al.*, 2012; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH; 2013).

A partir de então, é esperado da Atenção Básica à Saúde (ABS) através da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuações efetivas que resultem no melhor controle dos agravos Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus (BUSNELLO *et al.*, 2001; VITOR *et al.*, 2008; BRASIL, 2012; CARVALHO *et al.*, 2012).

Esse controle incorpora um acompanhamento efetivo da população, que inclui abordagens aos fatores de risco modificáveis como o controle do sedentarismo, da obesidade e do tabagismo e as sequelas ou complicações presentes (BUSNELLO *et al.*, 2001; FARIA *et al.*, 2009; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH; 2013).

A assistência se desenvolve por meio de um regime terapêutico que requer, por vezes, prescrições medicamentosas (BUSNELLO *et al.*, 2001; FARIA *et al.*, 2009; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH; 2013).

E, a não adesão ao tratamento medicamentoso, ou uso irracional de medicamentos, caracterizam-se como um dos principais responsáveis pelas falhas no tratamento e por agravos no processo patológico. Tendo como consequência maiores custos a saúde pública, podendo impactar no número de casos de intoxicações e internações hospitalares (BUSNELLO *et al.*, 2001; VITOR *et al.*, 2008; PORTELA *et al.*, 2010).

A fim de propiciar uma assistência adequada no acompanhamento aos portadores dos agravos Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na população da área de abrangência de uma equipe Saúde da Família do município de Uberlândia/MG, superando a prática de renovação de receitas compulsórias, o presente estudo objetiva apresentar uma proposta de intervenção.

2. OBJETIVOS

Discutir a necessidade de superação da prescrição compulsória de medicamentos aos portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na equipe saúde da família Mansour II.

Apresentar uma proposta de intervenção para organização da prática assistencial aos portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na equipe saúde da família Mansour II.

3. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma proposta de intervenção para aprimorar o processo de trabalho da equipe de saúde da família Mansour II, Uberlândia/MG. Para seu desenvolvimento, o estudo será organizado em três etapas: *a caracterização do cenário de intervenção; a explicação do problema e a descrição da proposta.*

Destaca-se que o desenvolvimento deste estudo ampara-se na problematização conceituada pelo planejamento estratégico situacional em saúde. Parte-se por uma explicação da realidade que está intrinsecamente dependente do olhar de cada ator, sendo assim sempre parciais e múltiplas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Conforme, a construção deste conteúdo parte da própria experiência da autora, de sua atuação junto a uma equipe de saúde da família, e imersão no cotidiano vivo do cenário de intervenção. Logo, a situação problematizada foi aquela definida como uma situação passível de transformação.

“Uma situação constitui-se em um espaço de produção social. Uma determinada situação expressa a condição, a partir da qual indivíduos ou grupos interpretam e intervêm nessa realidade” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.25).

Ainda, o presente estudo utiliza-se do recurso Quadro Lógico (QL):

“O QL é uma matriz que é elaborada sucessivamente num processo de estruturação daqueles elementos considerados os mais importantes de um projeto e que permitem a sua apresentação sistemática, lógica e sucinta. O que sempre tem que anteceder o planejamento de um projeto é uma análise do que se deseja mudar com a intervenção, de modo geral, uma situação-problema” (PFEIFFER, 2000, p.82).

Vale destacar que o QL não é o plano completo de um projeto, caracteriza-se mais como um resumo do plano de intervenção, que responde basicamente aos seguintes questionamentos: Por que o projeto deve ser realizado? Qual é o seu propósito e quais as mudanças a serem alcançadas? Como se pretende produzir melhorias? Quais as condições externas que influenciam o alcance dos resultados e dos seus efeitos? Como é possível identificar o alcance das melhorias e mudanças? (PFEIFFER, 2000).

Para o desenvolvimento desta proposta, utilizou-se dos relatórios consolidados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da equipe, referentes ao ano de 2013 e informações que situam a equipe na rede de saúde do município de Uberlândia/MG. Além disso, foi realizada uma revisão da literatura atual sobre o tema. O levantamento da produção científica ocorreu de forma livre, em especial quanto ao período da publicação. As seleções das produções científicas como pertinentes ao desenvolvimento do presente estudo ocorreram conforme crivo do autor, após leitura dos textos. As buscas se deram na Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bireme.br/php/index.php>), utilizando cruzamento de descritores (“and”): *Prescrições de Medicamentos. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Programa Saúde da Família.*

Ainda, foram consultadas a própria Biblioteca Virtual do NESCON/Plataforma Ágora (<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>), para análise dos Trabalhos de Conclusão de Curso e dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF), referentes ao tema. Também foram interpretadas as diretrizes ministeriais da Política Nacional de Atenção Básica que orientam a construção de uma prática inovadora para efetivação do SUS.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE INTERVENÇÃO

Os bairros Mansour e Jardim Europa, em Uberlândia/MG, constituem a área de abrangência da equipe Saúde da Família (SF) Mansour II. Foram construídos por um sistema de conjunto habitacional, ou seja, com casas padronizadas, tendo os moradores destas casas um padrão de vida com rendas equivalentes – classe média, classe média baixa e ciganos. Após a entrega das casas aos seus respectivos moradores, estas passaram por modificações, adaptações: construção de muros, grades, garagens, ampliação da própria construção e o plantio de árvores nas calçadas. O bairro Mansour é mais antigo, maior prevalência das doenças crônicas e suas complicações são mais facilmente encontradas neste. Já o bairro Jardim Europa, o qual sou a médica responsável, é relativamente novo e portanto sua população é predominantemente formada por adultos jovens, gestantes e crianças. Porém como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são condições freqüentes, diversos pacientes portadores dessas duas entidades patológicas.

Esses bairros contam com grande capacidade para serviços e comércio, com um vasto número de estabelecimentos relacionados a transporte, desde diversas linhas urbanas de ônibus ao terminal de convergência deste serviço (Terminal Planalto, parte essencial do SITU – Sistema Integrado de Transporte Urbano), tornando-os de fácil acesso, além de construção, setor alimentício e de vestuário. Assim, raramente os moradores precisam ir ao centro da cidade ou outros bairros para fazerem compras ou obterem serviços variados.

O bairro será submetido à ampliação de moradias, está sendo implantado o Projeto Cidade Verde, que um programa habitacional. Nestas áreas, os empreendimentos têm uma série de vantagens, principalmente, isenções fiscais, o que diminuiu o preço final da obra. Entretanto, essa nova ocupação terá impacto no setor social local pelo aumento dos moradores e conseguinte aumento da demanda dos serviços.

A equipe SF Mansour II pertence à Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família Mansour I e II. Nesta unidade coexistem duas equipes SF, compartilhando mesmo espaço físico. As unidades encontram-se no espaço denominado complexo VIVA MANSOUR,

onde está instalado o Centro Integrado de Atividades Sociais, que contempla atividades e equipamentos das Secretarias Municipais de Desenvolvimento Social e Trabalho, Educação, Saúde, Cultura, Meio Ambiente e Futel - Fundação Uberlandense do Turismo, Educação e Lazer (PREFEITURA DE UBERLÂNDIA, 2013).

O projeto Viva Mansour é uma parceria entre a Prefeitura de Uberlândia e o SESI/FIEMG que atende à comunidade desde agosto de 2007. Neste local, são realizadas ações culturais promovidas pela Secretaria Municipal de Cultura com o objetivo de proporcionar aos moradores do bairro Mansour e bairros circunvizinhos a oportunidade de participarem de oficinas de artes sem custo, com boa qualidade e, assim, serem agentes transformadores da comunidade por meio das atividades oferecidas visando à formação de cidadãos com desenvolvimento do equilíbrio, autoestima e socialização (PREFEITURA DE UBERLÂNDIA, 2013).



Figura 1. Área externa do Complexo Viva Mansour, Uberlândia/MG, 2013.

Desde a inauguração do complexo, a Prefeitura de Uberlândia implantou o Núcleo de Apoio Integral à Criança e ao Adolescente – Naica, com vagas para 100 crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, com atendimento extra-escolar, oferecendo oficinas de informática, artesanato, teatro, mosaico e esporte (PREFEITURA DE UBERLÂNDIA, 2013).



Figura 2. Unidade de Saúde que se localiza no NAICA, do complexo Viva Mansour, Uberlândia/MG, 2013.

A Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família foi inaugurada em junho de 2008 e desde então, faz o atendimento à população dos bairros Mansour e parte do Jardim Europa.

A equipe do Mansour II conta com dois médicos generalistas devido a sua população adscrita estar bem acima do número preconizado, sendo que cada um é responsável por um bairro e conseqüentemente quatro microáreas..

Um deles atende as microáreas 3,4,5 e 6 compostas pela população do Mansour e o médico Provabiano ingressante atende os pacientes das microáreas 1,2,7 e 8, formadas pelos moradores do bairro Jardim Europa.

Além dos médicos, a equipe apresenta ainda seis agentes comunitárias de saúde (ACS), duas funcionárias administrativas, psicóloga, assistente social, técnica de enfermagem, dentista, entre outros profissionais e serviços, como equipe de coleta de exames laboratoriais - presentes de segunda à sexta-feira das 7 às 9h, inclusive fazendo coleta domiciliar para pacientes acamados (PREFEITURA DE UBERLÂNDIA, 2013).

A equipe SF Mansour II abrange 8 microáreas e apresenta uma população adscrita de 6.853 habitantes, número duas vezes superior ao ideal. No momento, devido a transição de gestão do sistema de saúde da cidade, não há uma agente de saúde para cada uma das 8 microáreas, sendo que os novos dados cadastrais estão sendo constantemente **sendo** atualizados no sistema de informação de atenção básica (SIAB, 2013).

Durante a última atualização cadastral do SIAB (2013) foi possível observar a presença de 1870 famílias cadastradas , que apresentavam em seu perfil epidemiológico 34 gestantes em acompanhamento, 576 pacientes hipertensos, 125 diabéticos, 111 crianças menores que dois anos de idade, 920 adolescentes e 445 idosos. Em toda a área de abrangência temos ainda 29 alcoólatras, 29 portadores de Doença de Chagas, 26 deficientes físicos, 17 portadores de epilepsia e 1 portador de hanseníase. E, toda a área abrangida pela unidade 151 são hipertensos e 38 diabéticos . Como são moradores das microáreas do Jd. Europa, estão sob a responsabilidade específica do médico Provabiano (SIAB, 2013).



Figura 3. Área de abrangência da UAPSF Mansour II, conforme microáreas, Uberlândia/MG, 2013.

Os problemas sociais existentes na comunidade fazem parte da problemática comum às outras áreas urbanas de Uberlândia/MG: violência, crimes ligados ao tráfico de entorpecentes, roubos e violência contra mulher, porém cada um com suas especificidades. Encontramos ainda dentro do local, pequenos animais como: galinhas, cães e gatos que são criados pelos moradores.

A área de abrangência da unidade possui alguns setores sob sério risco ambiental e social, como a presença de áreas de depósito de lixo a céu aberto, áreas de água parada em construções inacabadas, algumas casas sob péssimas condições de habitação, além de pontos de venda e consumo de entorpecentes. Os principais problemas de segurança pública estão relacionados à falta de asfalto, cercas, calçadas e iluminação.

Um dos aspectos que mais se destaca nessa região é a presença de uma grande população flutuante, estabelecida em residências improvisadas, que é identificada e denominada de “ciganos”. Com seus costumes, tradições e crenças próprias, formam um grupo étnico bem peculiar e surpreendente.

4.2. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

A equipe SF Mansour II possui uma população adstrita de aproximadamente 7000 pessoas. Conforme o parâmetro proposto pelo Ministério da Saúde, na Política de Atenção Básica, a proporção máxima de pessoas cadastradas para atenção de uma equipe de saúde da família seria de 4.000 pessoas/equipe (BRASIL, 2012). Dessa maneira, a realidade da SF Mansour II acaba por imprimir sobrecarga de trabalho à equipe de atenção devido a ocorrência de um excesso de demandas, comparando-se com aquelas previstas e estimadas pelos os parâmetros nacionais.

Neste cenário, algumas estratégias foram adotadas pela equipe para conseguir garantir a assistência da população. Uma das práticas é a renovação compulsória de receitas de medicamentos de uso contínuo, desconsiderando-se a necessidade de avaliação médica imediata ou em prazos sistematizados, programados.

Desta maneira, esta realidade persiste por uma deficiência que se estabelece, ora devido a resistência ao tratamento ou a um cuidado mais próximo, ora proveniente de uma demanda que extrapola as diretrizes preconizadas para uma equipe de saúde da família, ; o que acaba por impedir acesso regular preconizado dos usuários à consulta médica (CARVALHO *et al.*, 2012; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH; 2013).

Condutas dessa natureza, que pouco agregam ao conhecimento sobre o estado de saúde dos usuários em relação ao regime terapêutico medicamentoso, acabam por interferir na qualidade assistencial e nas condições de saúde dos usuários, podendo acarretar riscos (VITOR *et al.*, 2008; FRÖHLICH *et al.*, 2010; PORTELA *et al.*, 2010).

Observa-se que habitualmente, os usuários da equipe SF Mansour II estão “condicionados” a irem até a unidade de saúde com os nomes dos remédios em uso em rascunhos e deixarem na recepção, para pegarem uma nova receita e continuar o uso das medicações. É uma prática bastante difundida. E, entre alguns usuários existe até uma compreensão, entendimento, como se fosse punição ter que passar por uma avaliação médica para a confirmação da prescrição.

Outro fator agravante na equipe SF Mansour II é a qualidade dos registros nos prontuários, a continuidade das informações, muitas situações não há registro da última avaliação médica, e conseqüente, registros que indiquem as prescrições atuais. Dessa maneira, a demanda excessiva, os registros inadequados e a assistência não programada contextualizam a prática de renovação compulsória das receitas sem o devido acompanhamento da população adscrita.

Além do mais, a própria organização do processo de trabalho está comprometida, pois a agenda ainda se volta para a pronta consulta, tendo em vista a dificuldade em se manter uma agenda programada.

O grupo populacional que está usualmente submetido à essa realidade na equipe SF Mansour II são os portadores de doenças crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), os usuários que incorporam o programa HIPERDIA. De acordo com informações oficiais, o programa HIPERDIA:

[...]tem como missão coordenar a estruturação da rede de atenção à saúde da população com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, por meio de um sistema regionalizado e integrado de ações em saúde. Como resultado, espera-se que esse programa possibilite o aumento da longevidade da população mineira, acompanhado da melhoria de sua qualidade de vida, por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por essas patologias (PROGRAMA HIPERDIA MINAS, 2013, p.1).

Neste contexto, os usuários pertencentes ao grupo populacional acometido pelos agravos de atenção do programa HIPERDIA, precisam ser avaliados quanto ao tratamento, as prescrições, sendo importante que mantenham um acompanhamento regular pela equipe de saúde.

O preconizado para portadores de HAS e/ou DM é que sejam avaliados, estratificados quanto ao risco, e acompanhados pela equipe de saúde da família, que deverá coordenar o cuidado assistencial, objetivando a integralidade da atenção na rede de saúde. A rotina de avaliações médicas e dos demais profissionais, dessa maneira, ficam condicionadas à estratificação do risco (Quadro 1) (PROGRAMA HIPERDIA MINAS, 2013).

Quadro 1. Risco estratificado e quantificação do prognóstico para os portadores de Hipertensão Arterial.

Fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
I- Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II- 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III- 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV- Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Fonte: DATASUS/SISHIPERDIA. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/hiperdia/hddescr.htm>. Acesso em 10 nov 2013.

A proposta para acompanhamento dos portadores desses agravos na Atenção Básica organiza-se conforme protocolos locais. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais lançou diretrizes para garantir ações essenciais no acompanhamento deste grupo específico.

A falta de acompanhamento correto prejudica o usuário que, muitas vezes, toma medicação em doses erradas, atrasando o tratamento e aumentando os riscos de complicações (VITOR *et al.*, 2008; FRÖHLICH *et al.*, 2010; PORTELA *et al.*, 2010).

As ações propostas pela SES/MG encontram-se detalhadas nos Quadros 2 e 3, a seguir.

Quadro 2. Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento, na atenção primária à saúde.

Procedimentos previstos	Estratificação dos usuários		
	Baixo risco cardiovascular global (40% dos usuários)	Moderado risco cardiovascular global (35% dos usuários)	Alto risco cardiovascular global (25% dos usuários)
Consulta médica	2 consultas/ano	3 consultas/ano	3 consultas/ano
Consulta de enfermagem	2 consultas/ano	4 consultas/ano	2 consultas/ano
Grupo Operativo	4 atividades/ano	4 atividades/ano	4 atividades/ano
Visita domiciliar pelo ACS	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano
Eletrocardiograma	1 a cada 3 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Fundoscopia	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Raio X de tórax	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Glicemia de jejum	1 a cada 3 anos	1 a cada 2 anos	1 a cada ano
Creatinina	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Potássio	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol total	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol frações	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Triglicérides	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Urina rotina	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Microalbuminúria	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Hemoglobina ou hematócrito	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

Quadro 3. Parâmetros de assistência para os usuários com diabetes mellitus, por estrato e procedimento, na atenção primária à saúde.

Procedimentos previstos	Estratificação dos usuários		
	Controle metabólico bom	Controle metabólico regular	Controle metabólico ruim
Consulta médica	2 consultas/ano	3 consultas/ano	3 consultas/ano
Consulta com dentista	Conforme avaliação odontológica	Conforme avaliação odontológica	Conforme avaliação odontológica
Consulta de enfermagem	2 consultas/ano	3 consultas/ano	2 consultas/ano
Avaliação do pé diabético	1 avaliação/ano (o seguimento dependerá do estadiamento do pé)	1 avaliação/ano (o seguimento dependerá do estadiamento do pé)	1 avaliação/ano(o seguimento dependerá do estadiamento do pé)
Grupo Operativo	4 atividades/ano	4 atividades/ano	4 atividades/ano
Visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano
Eletrocardiograma	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Fundoscopia*	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Glicemia capilar na UBS	4 a cada ano	15 a cada ano	30 a cada ano
Glicemia de jejum	2 a cada ano	3 a cada ano	4 a cada ano
Glicemia pós prandial	2 a cada ano	3 a cada ano	4 a cada ano
Hemoglobina glicosilada	2 a cada ano	3 a cada ano	4 a cada ano
Creatinina	1 a cada ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol total	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol frações	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Triglicerídes	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Urina rotina	1 a cada ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Microalbuminúria	1 a cada ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Potássio	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2013.

As doenças cardiovasculares que resultam de complicações de patologias sistêmicas descompensadas são as principais causas de morbimortalidade atualmente, portanto, o simples fato de renovar uma receita sem exame clínico, sem o devido acompanhamento da condição de saúde pela equipe, pode acarretar em danos irreversíveis ao estado geral de saúde, bem como gastos excessivos e por vezes desnecessários ao sistema de saúde (MIRANZI *et al.*, 2008; PORTELA *et al.*, 2010; CARVALHO *et al.*, 2012).

Frente a essa realidade, a abordagem desse tema se configura como fundamental devido ao impacto, mesmo que indireto, que causa na saúde dos usuários e também no sistema de saúde como um todo. Isto porque, ao renovar as receitas sem avaliar o paciente, o médico está prescrevendo medicações que nem sempre são adequadas para o paciente naquele momento, o que pode resultar em descompensação das doenças crônicas destes e em complicações nos seus diversos graus de gravidade (MIRANZI *et al.*, 2008; CARVALHO *et al.*, 2012).

Tais complicações podem precisar de intervenção hospitalar, o que gera um gasto ao sistema de saúde que poderia ter sido evitado caso o paciente estivesse com um tratamento adequado e bem controlado. Além disso, medicações inadequadas também custam ao governo ou ao paciente, outro gasto desnecessário e por vez, prejudicial (CARVALHO *et al.*, 2012; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH; 2013).

O Quadro 4 demonstra os parâmetros para encaminhamento dos portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus para acompanhamento com especialidades médicas.

Quadro 4. Parâmetros de encaminhamentos para os usuários com hipertensão arterial sistêmica de alto risco e diabetes mellitus com controle metabólico ruim, para assistência na atenção secundária à saúde.

Procedimento	Estratificação dos usuários	
	Hipertenso de alto risco cardiovascular (25% dos usuários)	Diabéticos com controle metabólico ruim (30% dos usuários)
Consulta de cardiologia	3 consultas/ano	1 consulta/ano
Consulta de endocrinologia	—	3 consultas/ano
Consulta de oftalmologia	1 consulta a cada ano	1 consulta a cada ano
Consulta de nefrologia	3 consultas/ano somente para os hipertensos com DRC em estágios 3B,4 e 5	3 consultas/ano somente para os diabéticos com DRC em estágios 3B,4 e 5
Consulta de angiologia	1 consulta a cada ano	1 consulta a cada ano
Consulta de enfermagem	2 consultas/ano	2 consultas/ano
Avaliação do pé diabético	1 avaliação/ano	1 avaliação/ano

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2013.

4.3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção se pauta na reordenação do processo de trabalho da ESF Mansour II, especialmente Jardim Europa.

O trabalho da equipe de saúde da família busca por um modo de agir que de respostas para as necessidades de saúde bastante concretas da população assistida. Para tanto, integram-se como instrumentos de trabalho o diagnóstico da situação de saúde, o planejamento de ações e a programação de atividades, de forma a se caracterizar como um trabalho diferenciado, que produza vínculos e reconheça a necessidade de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade de forma ampliada (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000; FARIA *et al.*, 2009).

Neste âmbito, a proposta de intervenção tem como base o reconhecimento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, busca ativa daqueles cujo acompanhamento está deficiente devido a prática de renovação compulsória de receitas, e dos demais que se apresentam sem o devido acompanhamento pela equipe de saúde.

De forma geral, a maior parte das ações propostas é de governabilidade da própria equipe de saúde da família. Poderão se desenvolver com a mobilização de todos os componentes da equipe. Por exemplo, as ACS bem capacitadas poderão colher dados durante as visitas domiciliares, identificando pacientes com fatores de risco.

Como também, as ACS poderão mobilizar a população para os grupos de HIPERDIA e, também instruírem sobre a importância da participação destes, bem como do controle adequado de suas patologias.

Além disso, os pacientes deverão ser classificados quanto à gravidade dos agravos. Essa estratificação irá requerer a mobilização da equipe de enfermagem em parceria com a consulta médica. Esse trabalho se desenvolverá tendo como base as preconizações do Programa HIPERDIA da SES/MG (2013). Assim, será determinada a agenda dos atendimentos, a frequência com que o usuário deverá ser acompanhado pelo médico, enfermeira e dentista.

Ainda será realizado um levantamento de quais usuários hipertensos e diabéticos estão sem acompanhamento por um período maior que seis meses. E, estes deverão ter consultas médicas agendadas e os exames essenciais solicitados, sempre de acordo com as diretrizes do Programa HIPERDIA (2013).

Será também implantado o grupo de educação em saúde. A participação nesse grupo também será caracterizada como uma das portas de entrada para o acompanhamento regular dos portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. Pretende-se que ele seja organizado por encontros quinzenais, seguindo a demanda espontânea dos pacientes. Os usuários participarão de atividades explicativas a cerca de seus agravos, estilo de vida, regime terapêutico e estratégias de apoio e enfrentamento. Nestes encontros terão aferidos seus índices de glicemia capilar, pressão arterial, peso, IMC e circunferência abdominal. E, quando necessário, os participantes terão suas receitas renovadas.

Será estabelecida uma agenda junto a essa população para a consulta médica programada, conforme a diretriz adotada. Pretende-se com isso otimizar a avaliação dos pacientes, aprimorando a qualidade do atendimento e organizando a demanda assistencial da equipe SF.

A principal vantagem é que todos os hipertensos e diabéticos estarão devidamente classificados e acompanhados com regularidade. Além disso, será possível instituir um melhor fluxo das ações. O médico conseguirá melhorar seu vínculo, conhecendo melhor os usuários, identificando aqueles com risco mais elevado de complicações, promovendo intervenções que visem diminuir tais riscos.

Os principais recursos para a execução do projeto são balança, fita métrica, aparelho de glicemia capilar com suas fitas, os aparelhos de aferição de pressão (esfigmomanômetro), estenciômetros, sala/espço para reuniões, consultório clínico simples, material didático para atividades educativas em grupo e os recursos humanos.

Como também há o treinamento das ACS, da equipe de Enfermagem e de Saúde Bucal será preciso ainda disponibilizar um período de atendimento para a realização dos grupos e criar disponibilidade para as consultas prioritárias na agenda médica.

Em relação a agenda médica, frente sua participação na realização dos grupos, espera-se que no futuro haja impacto mais positivo, pois tende-se a aumentar o número de pacientes compensados atendidos, e com isso restarão mais vagas para a demanda espontânea, melhorando a oportunidade de acesso até mesmo das outras demandas de saúde da unidade.

Por outro lado, para o melhor manejo da demanda, uma atividade essencial seria o dimensionamento da população da área de abrangência para que seja adequado aos parâmetros ministeriais (BRASIL, 2012). Ainda será necessário o fortalecimento do sistema de referência e contra-referência, para a otimização das informações e qualidade da atenção.

No desenvolvimento dessas ações, alguns fatores são tidos como importantes para o desenvolvimento exitoso do projeto. Esses fatores são denominados por Suposições Importantes/ Fatores críticos neste contexto. Conforme:

“Trata-se de fatores externos que escapam à influência direta da gerência do projeto, mas que são importantes para o êxito da intervenção. Suposições representam geralmente um certo risco e, portanto, devem ser avaliadas cuidadosamente para não comprometerem o êxito do projeto, e o seu comportamento deve ser monitorado ao longo do tempo” (PFEIFFER, 2000, p.94).

De forma geral, a proposta baseia-se no acompanhamento regular dos usuários, através de sua classificação de risco, ofertando-lhes diferentes possibilidades de acesso ao cuidado (visitas domiciliares pelos ACSs, grupos, consultas individual médica e de enfermagem e acompanhamento em Saúde Bucal) (Quadro 5).

Ao mesmo tempo, atualizam-se os registros e informações de saúde sobre esse grupo populacional. Pretende-se garantir as informações contidas nos prontuários de forma a colaborar os princípios da Saúde da Família; informações que expressem as mudanças do

estado de saúde das pessoas, que assegurem que os serviços de saúde sejam ajustados a essas mudanças, e que contemplem informações sobre quais os serviços/ações prestadas (PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH; 2013).

Com isso, pretende-se reduzir o número de receitas a serem renovadas sem o devido seguimento dos portadores dos agravos. O Quadro 5 ilustra a proposta de intervenção que se pretende de forma resumida, pela aplicação do instrumento Quadro Lógico (QL).

Quadro 5. Caracterização das ações da proposta de intervenção por meio do instrumento Quadro Lógico, Uberlândia/MG. 2013.

	Lógica de intervenção	Indicadores Objetivamente comprováveis	Fontes de Comprovação	Suposições importantes/ Fatores Críticos
Objetivo Superior	Assistência resolutiva e de qualidade aos Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	Redução das complicações e óbitos por HAS e/ou DM	SIAB	Prioridade Municipal para Atenção à Saúde
Objetivo do Projeto	Portadores de HAS e/ou DM são acompanhados regularmente pela equipe SF	Redução da troca compulsória de receitas de medicamento ($\downarrow\%$ mensal)	Registros da equipe Ficha B SIAB	Apoio da Coordenação Municipal da Atenção Básica
		Proporção (x) de portadores HAS e/ou DM cadastrados/ portadores HAS e/ou DM acompanhados ($0,75 \geq x \leq 1$)		
Resultados	Busca ativa dos Portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus com acompanhamento deficiente	% de portadores de HAS e/ou DM sem acompanhamento consulta médico nos últimos 6 meses, identificados pelos ACS ($\uparrow\%$ mensal)	Registros da equipe Ficha B SIAB	Mobilização da população
		% de casos novos rastreados pela equipe de enfermagem, entre as famílias de risco cadastradas ($\uparrow\%$ mensal)		Qualidade dos registros das informações
	Usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus classificados conforme risco	% de portadores de HAS e/ou DM classificados após consulta médica ou de enfermagem de portadores de HAS e/ou DM	Registros da equipe	Governabilidade da equipe
	Consultas médicas agendadas conforme risco	% de portadores de HAS e/ou DM com risco classificados, com primeira consulta médica e consultas subsequentes agendadas, conforme Padronização SES/MG	Registros da equipe	Governabilidade da equipe

Quadro 5. Caracterização das ações da proposta de intervenção por meio do instrumento Quadro Lógico, Uberlândia/MG. 2013.(*Continuação*)

	Lógica de intervenção	Indicadores Objetivamente comprováveis	Fontes de Comprovação	Suposições importantes/ Fatores Críticos
Resultados	Consultas de enfermagem e odontológicas agendadas conforme risco	% de portadores de HAS e/ou DM com risco classificados, com consulta de enfermagem e odontológica, conforme Padronização SES/MG	Registros da equipe	Governabilidade da equipe
	Avaliação de Pé-diabético	% de portadores de DM avaliados em consulta de enfermagem	Registros da equipe	Capacitação equipe de enfermagem
	Exames complementares e encaminhamentos ao especialista conforme o risco	% de portadores de HAS e/ou DM com risco classificados, com encaminhamento para exames complementares, conforme Padronização SES/MG	Registros da equipe	Acesso a rede de apoio complementar Fortalecimento do sistema de referencia e contra-referencia
	Práticas Educativas em grupo de portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus Implantado	Nº de grupos educativos implantados	Registros da equipe	Apoio da Coordenação Municipal da Atenção Básica Mobilização da população
		% de participantes regulares dos grupos educativos em relação aos portadores de HAS e/ou DM cadastrados ($\geq 50\%$)		
	Receitas de medicamentos atualizadas de acordo com acompanhamento regular	% de atualização de receitas após consulta médica ($\geq 50\%$)	Registros da equipe	Apoio da Coordenação Municipal da Atenção Básica
		% de atualização de receitas em grupo educativo ($\geq 50\%$)		
Número de pessoas cadastradas adequada aos parâmetros nacionais de população por equipe de saúde da família	Média de 3.500 pessoas cadastradas na equipe, sendo mínimo de 2.400 e máximo de 4.000 pessoas	SIAB	Dimensionamento da área de abrangência pela Coordenação municipal da Atenção Básica	

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo a importância e a magnitude do impacto que os agravos Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus, isoladas ou em conjunto, tem na vida dos usuários, foi fundamental um plano de ação que pudesse melhorar a qualidade do atendimento aos usuários participantes do Hiperdia, com conseqüente melhora em seu bem estar.

Para que o objetivo almejado seja alcançado com louvor, o usuário não tem que ser cuidado apenas como pessoa doente, e sim como pessoa, conscientizando-o sobre a importância do seu tratamento e fazendo-o como parte fundamental no sucesso de processo saúde-doença.

O desafio de qualquer assistência inovadora na saúde da família se dá em quebrar velhos paradigmas, velhos hábitos tidos como facilitadores na vida dos usuários e que por vezes, podem ser extremamente prejudiciais à saúde individual bem como à saúde pública.

A proposta de modificar a renovação compulsória de receitas vem com o intuito de melhorar o cuidado, evitando assim possíveis agravos preveníveis.

Ao colocar em prática esta proposta, espera-se a conscientização dos usuários a cerca de suas patologias, a melhor assistência desses usuários com um melhor cuidado, a partir da reclassificação e do seguimento conforme o programa Hiperdia em Minas Gerais, resultando em pacientes com melhor controle pressóricos e glicêmicos, bem como redução, a longo prazo, das complicações do agravo e aumento da qualidade de vida.

REFERENCIAS

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

BUSNELLO, R.G. *et al.* Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.76, n.5, p.349-351. 2001

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

CARVALHO, A.L.M *et al.*. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.7, p.1885-1892. 2012.

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

FRÖHLICH, S.E. *et al.* Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. **Revista de Saúde Pública**. v.44, n.6, p.1046-54.2010

MIRANZI, S.S.C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. v.17, n.4, p. 672-9. 2008

PFEIFFER, P. O Quadro Lógico: um método para planejar e gerenciar mudanças. **Revista do Serviço Público**. v. 51,n. 1,p. 81-124. 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0196.pdf>. Acesso em 20 dez 2013.

PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C.; FLISCH, T.M.P. **Saúde do Adulto**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 183p.

PIANCASTELLI, C.H; FARIA, H.P; SILVEIRA, M.R. **O trabalho em equipe**.In.: Brasil. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, p. 45-50, 2000.

PORTELA, A.S. *et al.*. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, suplemento, p.3523-3528. 2010.

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA. Secretarias e órgãos.2013. [acesso em 02 set 2013]. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=secretariasOrgaos&s=65&pg=69>

PROGRAMA HIPERDIA MINAS. **A assistência programada na rede de atenção aos hipertensos, diabéticos e usuários com doença renal crônica da secretaria de estado de saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte. 2013. [acesso em 02 set 2013]. Disponível em: http://200.198.43.10:8080/ses/politicas_de_saude/Atencao%20Programada.pdf

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Secretaria de Saúde de Uberlândia/MG. Relatório Consolidado da Equipe. ESF Mansour II. 2013 (impresso).

VITOR, R. S. *et al.*. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 13. Suplemento. p.737-743. 2008