

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MÁRCIO ROSA BARROS**

**CONTROLE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: ESTRATÉGIAS  
PARA ATENÇÃO BÁSICA**

**GOVERNADOR VALADARES /MG  
2015**

**MÁRCIO ROSA BARROS**

**CONTROLE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: ESTRATÉGIAS  
PARA ATENÇÃO BÁSICA**

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.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Me. Janine Valéria Silva Tenório Faria

**GOVERNADOR VALADARES /MG  
2015**



**MÁRCIO ROSA BARROS**

**CONTROLE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: ESTRATÉGIAS  
PARA ATENÇÃO BÁSICA**

**Banca examinadora**

Prof<sup>a</sup>. Me. Janine Valéria Silva Tenório Faria - orientadora

Pro<sup>a</sup> dr<sup>a</sup> Maria Rizioneide Negreiros de Araújo- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em 09de fevereiro de 2015.

Dedico este trabalho:

A minha mãe Lourdes, professora, falecida em  
2010, que sempre orientou meus passos.

## **AGRADECIMENTOS**

Meus sinceros agradecimentos a todos os usuários da Unidade de Saúde Cornélia de Assis Ferreira que acreditaram no meu trabalho e permitiram que desenvolvesse meu trabalho de forma digna.

Trabalho desenvolvido na Unidade de Saúde Cornélia de Assis Ferreira, com uma população de hipertensos, diabéticos, ações terapêuticas em atenção primária em saúde.

## RESUMO

As doenças crônicas, em especial a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, são um grande problema de saúde pública, principalmente devido à alta morbimortalidade. As complicações cardiovasculares decorrentes destas patologias são causas sensíveis à atenção primária à saúde, e podem ser minimizadas mediante a organização do serviço de saúde e aumento a adesão ao tratamento, tanto farmacológico e não farmacológico. O município de Timóteo- Minas Gerais possui uma população de mais de 80 mil habitantes e com um serviço de saúde, no âmbito da Atenção Básica, conta com nove Unidades de Saúde e quatro Centros de Saúde, entre os quais está o Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira, objeto do estudo. Através do diagnóstico situacional foi constatado que grande número dos usuários hipertensos e diabéticos não possuíam controle de suas patologias e não faziam acompanhamento adequado, uma vez que o serviço não se organiza para tal ação. A partir deste dado, objetivou-se a criação de um plano de ação que proponha estratégias para organização do serviço baseada nas características da população visando, sobretudo, a qualidade dos serviços, adesão ao tratamento e diminuição das internações e mortalidade por doenças cardiovasculares. Foi também realizada pesquisa bibliográfica na base de dados da SciELO e os periódicos disponibilizados na CAPES com os descritores: Hipertensão, Diabetes mellitus e Atenção primária à saúde. A execução dos projetos propostos neste plano de ação resultará em melhorias na assistência, no serviço e na qualidade de vida dos usuários.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Diabetes mellitus. Atenção primária à saúde



## **ABSTRACT**

Chronic diseases, especially arterial hypertension and diabetes mellitus, are a major public health problem, mainly due to the high morbidity and mortality. Cardiovascular complications of these diseases are causes sensitive to primary health care, and can be minimized by the health service organization increase adherence to treatment, both pharmacological and non-pharmacological. The municipality of Timóteo- MG has a population of over 80,000 inhabitants and a health service within the Primary Care, has nine health units and four health centers, among which is the Cornelia Health Center Assis Ferreira, the object of study. Through situation analysis revealed that large number of hypertensive and diabetic users did not have control of their disease and were not appropriate monitoring, since the service is not organized for such action. From this data, the aim of creating an action plan to propose strategies for the service organization based on the population you characterize aimed mainly at the quality of services, treatment adherence and fewer hospitalizations and mortality from cardiovascular disease. Was also performed literature search in SciELO database and Periodicals available in CAPES with the descriptors: Hypertension, diabetes mellitus and primary health care. The projects proposed in this action plan will result in improvements in care, service and quality of life of users.

Keywords: Hypertension. Diabetes mellitus. Primary health care

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>5 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>18</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	
6.1 Definição e Priorização dos Problemas.....	25
6.2 Descrição e Explicação dos Problemas.....	25
6.3 Seleção dos Nós Críticos.....	26
6.4 Desenho das Operações.....	27
6.5 Identificação dos Recursos Críticos.....	28
6.6 Análise da Viabilidade do Plano.....	29
6.7 Plano Operativo.....	31
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>33</b>
.	
<b>ANEXO.....</b>	<b>35</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Timóteo localiza-se ao Noroeste do estado de Minas Gerais cerca de 216 km da capital Belo Horizonte. Possui uma população de 81.243 habitantes, sendo a população predominantemente urbana (cerca de 99,76%). O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,77. As condições de saneamento básico são bem favoráveis uma vez que a grande maioria dos domicílios possui abastecimento de água tratada (90,6%) e recolhimento de esgoto por rede pública (88,2%). São citadas como principais atividades econômicas: indústria metalúrgica e comércio, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Quanto às características da população, ressalta-se que mais da metade encontra-se na faixa etária entre 20 a 59 anos, considerada economicamente ativa. Todavia a população idosa apresenta tendência de crescimento, representando mais de 10% do total de pessoas. Ressalta-se que a expectativa de vida dos timotenses é de 75 anos (IBGE, 2014).

Quanto á rede de atenção à saúde, o município conta com 16 equipes de PSF completas, o que representa 66,73% de cobertura. Três novas equipes estão sendo constituídas e a previsão é que, em 2015, Timóteo tenha 100% de cobertura da ESF. Conta-se ainda com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), com diversas especialidades de saúde bucal, uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) .

O protocolo de referência e contra referência está sendo implantado no município, através do prontuário eletrônico, que já funciona em todas as equipes de PSF. Esta mudança é significativamente positiva, visto que são inúmeras as vantagens do Prontuário Eletrônico, entre as quais pode-se citar: acesso veloz ao histórico de saúde e às intervenções às quais o usuário foi submetido; uso simultâneo por diversos serviços e profissionais de saúde; legibilidade absoluta das informações; eliminação da redundância de dados e de pedidos de exames complementares; fim da redigitação das informações; integração com outros sistemas de informação, entre outras vantagens (PATRICIO *et al.*, 2014)

A Unidade de Saúde onde atua o autor é Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira que abrange os seguintes bairros: Nossa Senhora das Graças, São José,

Ana Malaquias, Centro de Timóteo, Santa Cecília. Não se trata de uma Unidade de Saúde da Família, e sim convencional. Possui as três clínicas básicas: Pediatria, Clínica Geral e Ginecologia. Possui ainda clínica ampliada atendendo profissionais das seguintes especialidades: urologia, alergologia, pneumologista e otorrinolaringologista. Esta Unidade surgiu da necessidade de ampliar o acesso à saúde para a população adscrita, que é exclusivamente urbana, no território já citado. Foi inaugurada em março de 2002. Fica localizado na Praça 29 de Abril, 198, Centro Sul. São realizados neste estabelecimento atividades de atenção básica e procedimentos/atividades de média complexidade. A estrutura física conta com três clínicas básicas, um consultório odontológico, dois consultórios não médicos, sala de enfermagem, imunização, nebulização e repouso. São registrados 28 profissionais de saúde, entre médicos clínicos gerais e especialistas, odontólogos e auxiliares de consultório dentário, equipe de enfermagem e psicólogo.

Sobre a morbimortalidade do município de Timóteo, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares, as principais causas de internação, considerando série histórica de 2008-2013, exceto gravidez, parto e puerpério, são: as doenças do aparelho respiratório (14%), Doenças do Aparelho digestivo (12%) e Lesões envenenamentos e outras consequências de causas externas (11%). Quanto às causas de mortalidade, utiliza-se da mesma série histórica são as doenças do aparelho circulatório (29%), Neoplasias (17%) e Doenças do Aparelho Respiratório (11%).

A hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006). Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006), a hipertensão bem como as complicações geradas por ela são responsáveis por um grande número de internações, em números, representaram 600 mil casos entre 200 e 2004.

Diversos autores afirmam que o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e a Doença Isquêmica Coronariana (DIC) são complicações frequentes da Hipertensão Arterial não controlada. Segue-se ainda outras patologias como, Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal Crônica, Encefalopatia Hipertensiva e o Aneurisma Dissecante da Aorta (OIGMAN, 2003; LESSA, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL,2013) o termo “diabetes mellitus” (DM) faz alusão a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

O Diabetes Mellitus classifica-se em tipo 1 (cerca de 8%) tipo 2 (90%) e gestacional. Sabe que acomete cerca de 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos de idade. Praticamente metade dos pacientes desconhecem o diagnóstico e, pior, 24% dos pacientes reconhecidamente portadores de DM não fazem qualquer tipo de tratamento. Isto gera a complicações que podem ser classificadas em agudas e crônicas. As agudas são: hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar, as principais complicações crônicas são: a retinopatia, a nefropatia, e a neuropatia diabéticas. Sendo assim, as complicações crônicas do diabetes mellitus são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos. Muitos fatores de risco para complicações são passíveis de prevenção, através de medicamentos e principalmente mudança de hábitos de vida ( GROSS.; NEHME, 2014).

O alto índice de diabéticos e hipertensos sem controle da patologia, também denominados “descompensados” foi o problema priorizado por dois grandes motivos, primeiro representa um importante problema de saúde pública, uma vez que são inúmeras as consequências que podem gerar na vida dos usuários, além de onerar o sistema de saúde, visto que uma internação representa muito mais financeiramente do que as ações da Atenção Primária e; segundo, porque é passível de intervenção.

Para o diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é recomendado a verificação da pressão arterial pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, sendo a média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg. A elevação dos valores em apenas um dia ou em mais de uma medida no mesmo dia é insuficiente para estabelecer um diagnóstico preciso de HAS (BRASIL, 2013)

É uma patologia de grande importância para saúde pública, devido a grande prevalência e as baixas taxas de controle. Está diretamente relacionada às doenças Cardiovasculares, bem como morbi-mortalidade advindas da mesma. (SBC, 2010)

Foi responsável por mais 308.466 óbitos em 2007 só no Brasil, sendo a principal causa de morte. No mundo, em 2001, o número de óbitos ligados a

elevação da PA chegou a 7,6 milhões sendo a maior parte causados pelo Acidente Vascular Encefálico (AVE) e/ou Doença Isquêmica do Coração(DIC).(SBC, 2010)

De acordo com o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial sistêmica além de apresentar alta morbimortalidade, interfere negativamente na qualidade de vida, sendo recomendado o diagnóstico precoce. Reitera-se que não é necessário tecnologia sofisticada para a detecção da patologia, sendo exclusivamente clínico. Trata-se de uma doença passível de controle cm mudanças no estilo de vida, medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicação na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2014), em dezembro de 2013, apontam que havia 5669 hipertensos e 1531 diabéticos cadastrados no município de Timóteo, considerando as áreas cobertas pela equipe de Saúde da Família. Todavia menos de 80% deste foram acompanhados no mesmo mês, o que demonstra uma baixa cobertura de acompanhamento, visto que os usuários com estas patologias são prioridade nas ações de visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde.

Para o Departamento de Informática do SUS/MS (DATASUS, 2014), no Brasil, como já citado, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de internação, excluindo gravidez, parto e puerpério, sendo que no ano de 2013 representou em R\$ 1.305.567,35 (25% de todo valor gasto em internações no mesmo ano).

No diagnóstico situacional realizado no Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira foi verificado que existem 125 diabéticos cadastrados e apenas 53 tiveram acompanhamento de janeiro a junho de 2014, o que configura falta de acompanhamento sistemático e adesão ao tratamento.

Um estudo realizado em Juiz de Fora, considerando os portadores de Diabetes comprovou que apenas 17,1% não aderiram ao tratamento de forma adequada, e foi estabelecido como motivo: desconhecimento pelo diabético que um ótimo controle glicêmico pode reduzir e retardar as complicações; custo do tratamento;dificuldade em adquirir a medicação; preconceito em utilizar medicamentos de forma crônica; uso de insulina ser considerado um incômodo pelo paciente; dificuldades em modificar o estilo de vida, começando pelos hábitos alimentares (ALMEIDA et al.,2014).

## 2 JUSTIFICATIVA

Na experiência vivida no Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira percebeu-se que todos pacientes diabéticos atendidos não possuíam controle glicêmico adequado e grande parte dos hipertensos não mantinha níveis pressóricos dentro do recomendado, mesmo em uso de anti-hipertensivos. Em geral, o acompanhamento aos pacientes hipertensos e diabéticos resumia-se em “troca de receita”, pelo do profissional médico. Não há uma abordagem multidisciplinar, e o modelo de atenção utilizado não se enquadra para o atendimento a pacientes com doenças crônicas

O município de Timóteo, apesar de ser referência para os municípios de sua microrregião, apresenta algumas fragilidades no seu sistema de saúde. Os dados epidemiológicos demonstram um grande percentual de hospitalizações e mortes por doenças cardiovasculares. Segundo a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde, está a hipertensão arterial, diabetes mellitus e as isquemias cardíacas. Contudo, pode-se concluir que a alta taxa de internação decorrente destas doenças evidencia uma falha na atenção básica (DATASUS, 2014).

Ações de promoção e prevenção à saúde, somadas ao acompanhamento e monitoramento sistemático dos pacientes já acometidos por estas patologias e a detecção precoce são primordiais para a diminuição da morbimortalidade das complicações do diabetes mellitus e hipertensão arterial (BRASIL, 2013).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica e Linha Guia, é importante sistematizar as ações de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos objetivando diminuir a morbidade hospitalar e a mortalidade por doenças cardiovasculares sensíveis a Atenção Primária (BRASIL, 2013).

Este projeto se justifica considerando que a alta mortalidade por doenças do Aparelho Circulatório registradas no município de Timóteo, sendo muitas destas causas sensíveis a atenção ambulatorial, vê-se a necessidade de um plano de intervenção que cause impacto na assistência aos pacientes crônicos.

O Centro de Saúde abrange uma área de cerca de 7.800 habitantes, o que corresponde mais de 10% da população do município. Observando o perfil da população atendida no Centro de Saúde no Centro de Saúde Cornélia de Assis

Ferreira, notou-se a desorganização do serviço na atenção sistemática destes pacientes, não havendo um plano de cuidados definidos, tão pouco ações não farmacológicas e de promoção à saúde voltada à estes pacientes. Resultado disto é o alto índice de pacientes diabéticos e/ou hipertensos que não mantêm níveis pressóricos e glicêmicos dentro dos parâmetros recomendados, gerando complicações e sequelas.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor estratégias de ação baseado nas características da sua população territorial.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Conhecer o perfil dos diabéticos e hipertensos.
- Conhecer dificuldades de controle metabólico

#### 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do presente estudo foi realizado a princípio uma revisão bibliográfica e o desenvolvimento das etapas de um plano de ação para o controle dos pacientes portadores de doenças crônicas (diabetes e hipertensão), de acordo como Módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir da revisão bibliográfica foi possível estabelecer a relevância do tema bem como a necessidade de organização dos serviços de saúde para o manejo de doenças crônicas (Hipertensão e Diabetes).

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados seguintes critérios para inclusão de artigos: publicações em português, disponibilizadas na íntegra com os seguintes descritores: atenção primária à saúde, hipertensão, diabetes mellitus, atenção primária à saúde. O período temporal para seleção dos artigos foram os publicados entre 2010 e 2013. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e os periódicos disponibilizados na CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e dados do Ministério da Saúde (SIAB, SIM, SIH).

Foi feito um levantamento nos registros de atendimento do Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira referente ao período de janeiro a junho de 2014 para determinar a frequência dos atendimentos portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações.

## 5 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Hipertensão Arterial

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A HAS se associa com frequência a alterações estruturais e/ou funcionais dos órgãos-alvo bem como a alterações metabólicas, o que leva a um aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

A Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto Diabetes e Hipertensão Arterial, publicada em 2006 pela Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais, diz que são atribuições do serviço de saúde em relação aos portadores de Hipertensão Arterial:

- Vinculação dos portadores de hipertensão arterial às Unidades de Saúde, e acompanhamento e tratamento sistemáticos mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização do serviço;
- Detecção e diagnóstico, além da identificação de lesões em órgãos alvo e/ou complicações crônicas adotando tratamento adequado.
- Estimulação e subsídios aos profissionais da atenção básica, afim de promoverem medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular.
- Reconhecimento dos casos que demandem atendimento nos serviços de referência secundários e terciários.
- Auxílio o indivíduo com hipertensão instrumentalizando-o a fazer mudanças em seus hábitos de vida. Além disso, desenvolver ações de educação em saúde a fim de aumentar o nível de conhecimento e de conscientização da população sobre a importância da promoção à saúde, de hábitos alimentares adequados, de manutenção do peso saudável e da vida ativa, favorecendo a redução da pressão arterial (MINAS GERAIS, 2006).

A classificação da pressão Arterial pode ser realizada baseada nos níveis pressóricos obtidos em consultório. É considerada normal quando a pressão sistólica for menor que 120 mmHg e a diastólica menor que 80 mmHg. Pode ser ainda classificada como normal (<130 para sistólica e < 85 mmHg para diastólica), limítrofe (130-139 para sistólica e 85-89 mmHg para diastólica), Hipertensão estágio 1 (140-159 para sistólica e 90-99 mmHg para diastólica), Hipertensão estágio 2

(160-169 para sistólica e 100-109 mmHg para diastólica), Hipertensão estágio 3 (maior ou igual a 180 para sistólica e maior ou igual 110 mmHg para diastólica). Vale ressaltar que, quando as pressões diastólicas e sistólicas não estiverem na mesma categoria, deve-se considerar a maior para estabelecimento da classificação da pressão arterial (BRASIL, 2013).

Além da classificação da hipertensão arterial, é importante definir o risco cardiovascular do paciente, a fim de aplicar um plano terapêutico eficaz. Para tal, são definidos quatro categorias de risco cardiovascular global (MINAS GERAIS, 2006):

- Grupo de Baixo Risco: Homens menores de 55 anos e mulheres menores de 65 anos, com hipertensão de grau I e sem fatores de risco. A probabilidade de evento cardiovascular é menor que 15%.
- Grupo de Médio Risco: Portadores de HÁ grau 1 ou 2, com 1 ou 2 fatores de risco cardiovascular. Pode variar com baixos níveis de pressão arterial e múltiplos fatores de risco, enquanto outros possuem altos níveis de pressão arterial e nenhuns ou poucos fatores de riscos. A probabilidade de evento cardiovascular está entre 15 a 20%.
- Grupo de Alto Risco: Portadores de HA grau 1 ou 2 que possuem 3 ou mais fatores de risco e são também portadores de hipertensão grau 3 sem fatores de risco. A probabilidade de evento cardiovascular está entre 20 e 30%.
- Grupo de Muito Alto Risco: Portadores de HA grau 3, que possuem 1 ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular ou renal manifesta. A probabilidade de evento cardiovascular é maior que 30%.

O Ministério da Saúde reconhece apenas a classificação de baixo, médio e alto risco cardiovascular, sendo preconizadas consultas médicas e de enfermagem. Para o grupo de baixo risco é recomendado pelo menos uma consulta médica e de enfermagem anualmente, os de médio risco, pelo menos uma consulta médica e de enfermagem semestralmente e para os de alto risco mínimo de uma consulta médica e de enfermagem quadrimestralmente (BRASIL, 2013).

Já a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, recomenda pelo menos 1 consulta de enfermagem e 1 consulta médica anualmente para os hipertensos de baixo risco, alto risco e muito alto risco e a participação em pelo menos dois grupos

operativos. Para os de médio risco recomenda três consultas de enfermagem, uma consulta médica e três participações em grupos operativos (MINAS GERAIS, 2013)

O portador de HAS deve receber um cuidado multiprofissional, visando a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e reduzir o risco de doenças cardiovasculares. A diminuição da morbidade e mortalidade e a melhoria da qualidade de vida são objetivos a serem considerados. (BRASIL, 2013)

Como já descrito, HAS é uma doença que apesar de fácil diagnóstico é de difícil controle. Torna-se imprescindível que as equipes de Atenção Básica, mantenha o diagnóstico e o acompanhamento regular e sistemático dos pacientes visando a adesão ao tratamento. (BRASIL, 2013)

No Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira, são cadastrados 723 hipertensos todavia, menos que 50% tiveram acompanhamento no primeiro semestre de 2014. Um estudo realizado com hipertensos de Vitória-ES constatou que os pacientes que aderem ao tratamento apresentam mais conhecimento a respeito da doença e incluem hábitos de vida saudável (dieta, atividade física, abandono do tabagismo, redução no consumo de bebidas alcoólicas) e consequente manutenção de níveis pressóricos adequados. Já os que não fazem acompanhamento regular, não aderem ao tratamento não farmacológico, sendo necessário aumentar constantemente a dosagem de medicamentos (FAÉ et al, 2014).

O tratamento pode ser classificado em duas categorias distintas e complementares: medicamentoso e não medicamentoso. O primeiro possui os seguintes princípios: ser eficaz e bem tolerado, sendo administrado em menor número de tomadas diárias (preferencialmente dose única), início com menores doses efetivas e considerar as condições socioeconômicas do paciente. Após o início do tratamento é necessário aguardar as quatro primeiras semanas para o ajuste das doses, e verificar a necessidade de associar outro fármaco (MINAS GERAIS, 2006)

O tratamento não medicamentoso é de suma importância, pois inclui mudanças no estilo de vida e devem acompanhar o tratamento do paciente por toda a vida. (BRASIL, 2013)

Os pilares deste tratamento segundo a Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2006) incluem:

- Controle do peso corporal, mantendo o IMC entre 15,5 e 24,9Kg/m<sup>2</sup>.
- Alimentação saudável, com dieta rica em frutas e vegetais com baixo teor de gorduras.
- Redução do consumo de sal, sendo que o consumo de sódio não deve ultrapassar 100mmol/dia.
- Moderação no consumo de álcool dia, não ultrapassando 30g/dia para os homens e a metade para as mulheres.
- Prática de atividades física, sendo recomendado pelo menos 30 minutos de caminhada/dia de 3 a 5 vezes por semana.

No Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira, os usuários portadores de Hipertensão Arterial não participam de qualquer atividade de promoção à saúde. Como já citado o único tratamento fornecido é o farmacológico, e mesmo assim com algumas deficiências. Ações educativas não são realizadas por falta de gestão da equipe e desorganização do processo de trabalho.

## **5.2 Diabetes Mellitus**

O Diabetes Mellitus é conceituado, de acordo com a Linha Guia de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerias (MINAS GERAIS, 2006) como um quadro de hiperglicemia crônica, acompanhado de distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e de gorduras, e se caracteriza por aumento da glicose sanguínea que resulta de uma deficiente secreção de insulina pelas células beta, resistência periférica à ação da insulina ou ambas cujos efeitos crônicos incluem dano ou falência de órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.

Trata-se de uma doença que apesar de sintomas bem clássicos como : poliúria, polidipsia, boca seca, polifagia, emagrecimento rápido, fraqueza, astenia, letargia, prurido vulvar, balanopostite , redução rápida da acuidade visual, paralisia

oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição entre outros, o rastreamento se principalmente pelos fatores de risco(MINAS GERAIS, 2006)

São condições de risco que apontam para a doença: idade maior que 40 anos com história familiar, obesidade, doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos, história prévia de diabetes, hiperglicemia, glicosúria ou intolerância à glicose, mães de recém-nascidos com mais de 4 kg, mulheres com antecedentes de abortos freqüentes, abortos prematuros, mortalidade perinatal, polidrâmnio e uso de medicamentos diabetogênicos (corticóides, anticoncepcionais, etc). (MINAS GERAIS, 2006).

Vale ressaltar que a hipertensão arterial é um fator de risco importante para diabetes mellitus, uma vez que a prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral (BRASIL, 2013a)

Epidemiologicamente, também constitui um problema de saúde pública, e vem se tornando cada vez mais importante pela sua crescente prevalência e associação à dislipidemia, HAS, e à disfunção endotelial. É considerada uma condição sensível a atenção primária à saúde, uma vez que o bom manejo evita mortes e internações por complicações cérebro e cardiovasculares (BRASIL, 2013b).

A prevalência de DM é de cerca de 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos e 0,3% das gestantes, já as alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Infelizmente, cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico (BRASIL, 2013b).

No Brasil, o crescimento no número dos casos pode ser comprovado, estima-se que passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030 (BRASIL, 2013).

O DM pode ser classificado em três tipos, de acordo com as características que apresenta. O Diabetes tipo I é consequente à destruição de células beta do pâncreas, que leva à deficiência absoluta de insulina e tendência à cetoacidose. Geralmente, tem seu início na infância ou na adolescência, estando associado a mecanismos autoimunes ainda não bem definidos, como infecções viróticas e processos alérgicos. A incidência varia de 7 a 12 por 100.000 habitantes entre 0 a 14 anos (MINAS GERAIS, 2006).

No Diabetes tipo 2, a alteração osmótica provocada pela hiperglicemia e pela produção elevada de corpos cetônicos provoca um desequilíbrio no metabolismo acidobásico e hidroeletrólítico em crianças e em jovens diabéticos com sério risco de

vida. Geralmente ocorre na idade adulta, depois dos 40 anos, tendo como fatores ambientais associados à obesidade, global ou localizada no abdome, a inatividade física, hipertensão arterial e dislipidemia. A prevalência do diabetes tipo 2 é de 7,8 % da população entre 30 e 69 anos, com frequência muito maior do que a do tipo 1. Por ser assintomático na maior parte dos casos, costuma ser desconhecido em quase metade dos portadores (MINAS GERAIS, 2006).

Por fim, o Diabetes Gestacional é caracterizado pela intolerância aos carboidratos, em variados graus de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, e que pode ou não persistir durante o parto. São fatores de risco: idade superior a 25 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso durante a gravidez, gordura abdominal excessiva, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, baixa estatura ( $\leq 1,51$  cm), crescimento fetal excessivo, hipertensão ou pré-eclâmpsia, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrossomia ou de diabetes gestacional. A prevalência do diabetes gestacional é de 2 a 5% das gestantes (MINAS GERAIS, 2006).

O tratamento e o acompanhamento das pessoas com DM na Atenção Básica deverá ser realizada considerando as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, o que vai incluir o apoio para mudança de estilo de vida, o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas. Assim como na HAS, o tratamento do DM se baseia na medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013b).

O plano terapêutico deve ser realizado individualmente, levando em consideração: Idade do paciente; presença de outros fatores de co-morbidades; percepção dos sinais de hipoglicemia; saúde mental do paciente; uso de outros medicamentos; narcodpendência e alcoolismo; cooperação do paciente e da família; e restrições financeiras (MINAS GERAIS, 2014).

A mudança dos hábitos de vida deve ser continuamente estimulada, sendo recomendada a manutenção de peso adequado, da prática regular de atividade física, da suspensão do tabagismo e do baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas. Mesmos com estes cuidados, os níveis glicêmicos não forem devidamente controlados, são introduzidos os medicamentos antidiabéticos (BRASIL, 2013b).

Quando há falha no tratamento e os níveis glicêmicos persistem alterados, podem surgir complicações como: retinopatias, nefropatias, cardiopatia isquêmica,



doença cerebrovascular, doença vascular periférica e neuropatias (MINAS GERAIS, 2006).

Organizar o serviço de saúde é de suma importância no controle e tratamento do portador de patologias crônicas, o que inclui a DM e HAS. O Ministério da Saúde recomenda que o número de consultas par ao paciente portador de DM deve ser baseado na estratificação de risco, que divide em cinco categorias de risco (baixo, médio, alto, muito alto e gestão de caso), no entanto não define este número, deixando a critério da equipe que avalia cada caso. (BRASIL, 2013b) BRASIL (2013b).

Já a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, estratifica os portadores de DM nas seguintes categorias abaixo e recomenda as seguintes ações por ano:

- Usuários de insulina (15% dos portadores):02 consultas médicas, 06 consultas de enfermagem e a participação em 04 atividades em grupo.
- Não usuários de insulina com HAS (35% dos usuários):02 consultas médicas, e a participação de 02 atividades em grupo.
- Não usuários de insulina sem HAS (30% dos usuários):02 consultas médicas, 02 consultas de enfermagem e a participação em 03 atividades em grupo.
- Sem tratamento medicamentoso (20% dos portadores):01 consulta médica, 01 consulta de enfermagem e a participação em 02 atividades em grupo.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Definição e Priorização dos Problemas**

Após o diagnóstico situacional do Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira, no município de Timóteo/MG foi possível identificar vários problemas, muito deles passíveis de intervenção. O diagnóstico foi realizado a partir da análise dos dados referentes a morbimortalidade do município e da organização do sistema de saúde. Foi observado a dinâmica da Unidade de Saúde, e onde se concentra a procura, além da busca em prontuários de saúde e reunião com equipe de profissionais.

A partir dos dados obtidos destacaram-se os seguintes:

- Desorganização do processo de trabalho;
- Ausência e/ou insipiência de atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças;
- Alto índice de diabéticos e hipertensos sem controle da patologia “descompensados”;

Desta forma o problema priorizado foi o alto índice de diabéticos e hipertensos sem controle da patologia.

### **6.2 Descrição e Explicação do Problema**

Na experiência vivida no Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira percebeu-se que todos pacientes diabéticos atendidos não possuíam controle glicêmico adequado e grande parte dos hipertensos não mantinha níveis pressóricos dentro do recomendado, mesmo em uso de anti-hipertensivos

Para determinar a frequência dos atendimentos portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, foi feito um levantamento dos registros de atendimentos de janeiro a junho de 2014. Dos 2753 atendimentos realizados pelos Clínicos Gerais, 928 foram classificados como sendo do “HIPERDIA”, ou seja, de pacientes portadores de Diabetes e/ou Hipertensão Arterial. Ao identificar cada paciente foi possível identificar 426 pacientes, sendo 52 eram portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes, 354 portadores apenas de Hipertensão Arterial e 20 portadores de Diabetes.

Segundo registro do Centro de Saúde, são cadastrados 723 hipertensos e 125 diabéticos. Mediante estes dados, percebe-se que praticamente metade dos portadores não tiveram nenhum atendimento no período de janeiro a junho de 2014.

Quanto aos pacientes que tiveram atendimento, notou-se que mais cerca de 60% tiveram índices pressóricos maiores que 140mmHg para a pressão sistólica e/ou maior 85 mmHg. Quanto aos níveis glicêmicos, apenas 15% dos pacientes apresentaram valores menores que 150mg/dl na glicemia capilar em jejum.

O motivo da procura dos usuários é para troca de receita, solicitar exames e ajuste da medicação. Não são realizados grupos operativos e não há padronização na marcação das consultas.

O alto índice de diabéticos e hipertensos sem controle da patologia foi o problema priorizado por dois grandes motivos, primeiro representa um importante problema de saúde pública, uma vez que são inúmeras as consequências que pode gerar na vida dos usuários, além de onerar o sistema de saúde, visto que uma internação representa muito mais financeiramente do que as ações da Atenção Primária e; segundo, porque é passível de intervenção.

Segundo DATASUS (2014), as doenças cardiovasculares são a primeira causa de internação, excluindo gravidez, parto e puerpério, sendo que no ano de 2013 representou em R\$ 1.305.567,35 (25% de todo valor gasto em internações no mesmo ano).

### **6.3 Seleção dos Nós Críticos**

Em geral, o acompanhamento aos pacientes hipertensos e diabéticos resumia-se em “troca de receita”, pelo do profissional médico. Não há uma abordagem multidisciplinar, e o modelo de atenção utilizado não se enquadra para o atendimento a pacientes com doenças crônicas.

Como “nós críticos” para este problema destacam-se: ausência de atividades educativas, hábitos de vida nocivos, dificuldade de acesso aos exames laboratoriais e de imagem preconizados para pacientes com as patologias descritas, processo de trabalho inadequado.

### **6.4 Desenho das operações**

Pode-se definir como desenho das operações, segundo Campos et al (2010), o início da construção das soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, conforme Quadro 1.

Quadro 1-Desenho das Operações

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Ausência de atividades educativas	<b>Saber +</b> Informar e motivar os Hipertensos e Diabéticos vinculados ao Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira.	Conhecimento do usuário acerca da patologia e criar estratégias, juntamente com ele para controle da doença	Grupo de Hipertensos e Diabéticos em funcionamento e com adesão da população usuária.	Organizacional: local para os encontros, equipe multidisciplinar. Cognitivos: Informações sobre o tema Financeiro: Recursos audiovisuais, lanches, e material educativo.
Hábitos de vida nocivos	<b>+Saúde</b> Incentivar hábitos de vida saudáveis	Diminuir a incidência de hipertensos e diabéticos fumantes em pelo menos 30%	Implantação de Grupo de Tabagismo no Centro de Saúde Cornélia de Assis	Organizacional: local para os encontros, equipe multidisciplinar. Cognitivos: Informações sobre o tema Financeiro: Recursos audiovisuais, lanches, e material educativos e medicamento.
Dificuldade de acesso aos exames laboratoriais e de	Cuidar Melhor Organizar o acesso aos exames	Todos os usuários hipertensos e diabéticos terão sua consulta programada de	Consulta Programada para os 723 hipertensos e 125	Cognitivo: qualificar equipe Financeiro: garantir oferta de exames

imagem preconizados para pacientes com as patologias descritas.		acordo com o protocolo e acesso aos exames de maneira organizada, evitando solicitações aleatórias e desorganizadas e diminuindo o custo.	diabéticos cadastrados	
Processo de trabalho inadequado	Linha Guia  Sistematizar as ações.	Todos os profissionais utilizando o fluxo e protocolo definido pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde	Ambiente de Educação Permanente onde todos participem.	Organizacional: implantar protocolo e padronizar ações  Cognitivo

Fonte: Diagnóstico situacional do Centro de Saúde Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira, Timóteo, 2014

## 6.5 Identificação dos Recursos Críticos

A cada transformação da realidade, é necessário alguns recursos, a identificação dos mesmos irá nortear o que será gasto em cada etapa do processo do plano operativo. O Quadro 2 detalha estes recursos.

Quadro 2: Recursos Críticos

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<b>Saber +</b> Informar e motivar os Hipertensos e Diabéticos	Organizacional: Conseguir um espaço para o desenvolvimento das ações. Financeiro: Aquisição de Material Educativo.
<b>+Saúde</b> Incentivar hábitos de vida saudáveis	Organizacional: Conseguir um espaço para o desenvolvimento das ações. Financeiro: Aquisição de Material Educativo e Medicamentos
<b>Cuidar Melhor</b>	Cognitivo: qualificar equipe

<b>Organizar o acesso aos exames</b>	Financeiro: garantir oferta de exames
<b>Linha Guia</b> Sistematizar as ações	Organizacional: implantar protocolo e padronizar ações

Fonte: Diagnóstico situacional do Centro de Saúde Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira, Timóteo, 2014

## 6.6 Análise da Viabilidade do Plano

Considerando que o autor do plano de ação não controla os recursos para execução do plano de ação é necessário identificar quem os controla e verificar o seu posicionamento diante do problema e o seu comprometimento em resolvê-lo, isto está descrito no quadro 3

Quadro 3 Análise da Viabilidade

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Saber +</b> Informar e motivar os Hipertensos e Diabéticos	Organizacional: Conseguir um espaço para o desenvolvimento das ações. Financeiro: Aquisição de Material Educativo.	Equipe de Saúde e Coordenador da Unidade  Fundo Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto à equipe de Saúde
<b>+Saúde</b> Incentivar hábitos de vida saudáveis	Organizacional: Conseguir um espaço para o desenvolvimento das ações. Financeiro:	Equipe de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto à equipe de

	Aquisição de Material Educativo e Medicamentos	Secretário de Saúde  Fundo Municipal de Saúde		Saúde
<b>Cuidar Melhor Organizar o acesso aos exames</b>	Cognitivo: qualificar equipe Financeiro: garantir oferta de exames	Secretário Municipal de Saúde Departamento de Atenção Básica e Especializada do Municipal de Saúde	Indiferente	Reunir e apresentar a viabilidade financeira de organizar o sistema.
<b>Linha Guia Sistematizar as ações.</b>	Organizacional: implantar protocolo e padronizar ações Cognitivo	Secretário Municipal de Saúde Departamento de Atenção Básica	Favorável	Reunir os profissionais da rede e demonstrar a importância da padronização das ações.

Fonte: Diagnóstico situacional do Centro de Saúde Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira, Timóteo, 2014

### 6.7 Plano Operativo

O plano operativo irá descrever os responsáveis pela execução de cada projeto, bem como detalhar os resultados esperados, prazos e ações estratégica a fim de atingir os objetivos, conforme está estabelecido no Quadro 9.

Quadro 4: Plano Operativo

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Saber +</b>  Informar e motivar os Hipertensos e Diabéticos	Conhecimento do usuário acerca da patologia e criar estratégias, juntamente com ele para controle da doença	Grupo de Hipertensos e Diabéticos em funcionamento e com adesão da população usuária.	Apresentar o projeto à equipe de Saúde	Equipe de Saúde	Três meses para início das atividades
<b>+Saúde</b>  Incentivar hábitos de vida saudáveis	Diminuir a incidência de hipertensos e diabéticos fumantes em pelo menos 30%	Implantação de Grupo de Tabagismo no Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira	Apresentar o projeto à equipe de Saúde	Equipe de Saúde	Cinco meses para início das atividades
<b>Cuidar Melhor</b>  Organizar o acesso aos exames	Todos os usuários hipertensos e diabéticos terão sua consulta programada de acordo com o protocolo e acesso aos exames de maneira organizada, evitando solicitações aleatórias e desorganizadas e diminuindo o custo.	Consulta Programada para os 723 hipertensos e 125 diabéticos cadastrados	Reunir e apresentar a viabilidade financeira de organizar o sistema.	Gerente do Centro de Saúde  Equipe de Saúde	Seis meses para organizar o Centro de Saúde
<b>Linha Guia</b>  <b>Sistematizar as ações.</b>	Todos os profissionais utilizando o fluxo e protocolo definido pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde	Ambiente de Educação Permanente onde todos participem.	Reunir os profissionais da equipe e demonstrar a importância da padronização das ações.	Gerente do Centro de Saúde  Equipe de Saúde	Iniciar as discussões imediatamente e seis meses para a linha guia ser implantada.

Fonte: Diagnóstico situacional do Centro de Saúde Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira, Timóteo, 2014



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico situacional é um instrumento de gestão muito importante para a priorização dos problemas e o planejamento das ações. O município de Timóteo possui algumas fragilidades nos serviços de saúde, isto torna-se visível no Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira, onde evidenciou a desorganização na assistência ao portador de doenças crônicas, principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus.

A falta de padronização e sistematização nos atendimentos a estes pacientes culminou em uma baixa qualidade nos serviços prestados e pouco, ou quase nenhum resultado no controle das patologias.

Trata-se de um problema que vai além do Centro de Saúde Cornélia Ferreira, pois segundo dados do SIAB (2014), em dezembro de 2013, havia 5669 hipertensos e 1531 diabéticos cadastrados, todavia menos de 80% deste foram acompanhados no mesmo mês, o que demonstra uma baixa cobertura de acompanhamento, visto que os usuários com estas patologias são prioridade nas ações de visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde.

Notou-se a necessidade de reorganização do serviço de saúde, tendo como base os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde e Linha Guia da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Além disto a implantação de ações de promoção à saúde e incentivo à adoção de hábitos saudáveis.

A execução dos projetos propostos neste plano de ação resultará em melhorias na qualidade dos serviços oferecidos, assistência adequada e conseqüente redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, A. A., Larcher de et al . Perfil epidemiológico do diabetes mellitus auto-referido em uma zona urbana de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 43, n. 3, jun. 1999 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000427301999000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427301999000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 08 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013

CAMPOS, F. C. C;FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

DATASUS, Morbidade Hospitalar por Local de Residência – Timóteo. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrmg.def>>. Acesso em 10 de maio de 2014.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, V. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006.

FAÉ, A. B.*et al*.Facilitadores e Dificultadores da Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial. **Rev Enferm UERJ**. v.14, n.1, p.32-6, 2006

GROSS, J.L.; NEHME, M.. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes mellitus: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 45, n. 3, July 1999. Disponível em ://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104- Acesso em 16 Nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -IBGE. **Timóteo - Minas Gerais**. Disponível em<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316870&search=minas-gerais|timoteo|infograficos:-informacoes-completas>>.Acesso em 20 de maio de 2014

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 383-392, nov. 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

OIGMAN, W. Hipertensão arterial: condutas. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 60, n. 7, p. 479-488, jul. 2003

PATRICIO, Camila Mendes, MAIA, Mariana Menezes, MACHIAVELLI, Josiane Lemos. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica** v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011; Disponível em < <http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/8723-35029-1-PB.pdf>>. Acesso em 29 de maio de 2014.

SIAB. **Diabetes Cadastrados, Diabetes Acompanhados, Hipertensos Cadastrados, Hipertensos Acompanhados segundo Ano Timóteo**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSmg.def>>. Acesso em 02 de junho de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** v.95, n.1 (supl.1), p. 1-51. 2010

## ANEXO 1

### Priorização dos Problemas

Classificação de prioridades dos problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência (Em um total de 30 pontos)	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Ausência de trabalho em equipe	Alta	2	Parcial	3
Falta de gestão de qualidade	Alta	7	Fora	3
Desorganização do processo de trabalho	Alta	6	Parcial	2
Modelo de atenção voltado para práticas meramente curativas	Alta	5	Parcial	2
Ausência e/ou insipiência de atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças	Alta	3	Parcial	2
Alto índice de diabéticos e hipertensos sem controle da patologia "descompensados"	Alta	7	Dentro	1

Fonte: Diagnóstico situacional do Centro de Saúde Centro de Saúde Cornélia de Assis Ferreira, Timóteo, 2014