

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

MARIANA PARANHOS ALVARENGA

**ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA CLÍNICO-
LABORATORIAL DOS PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE (UBS) PEDREIRA SANTA RITA, MUNICÍPIO DE CONTAGEM,
MINAS GERAIS.**

BELO HORIZONTE -MINAS GERAIS

2013

MARIANA PARANHOS ALVARENGA

ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA CLÍNICO-LABORATORIAL DOS PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) PEDREIRA SANTA RITA, MUNICÍPIO DE CONTAGEM, MINAS GERAIS.

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: Salime Cristina Hadad

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2013

MARIANA PARANHOS ALVARENGA

ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA CLÍNICO-LABORATORIAL DOS PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) PEDREIRA SANTA RITA, MUNICÍPIO DE CONTAGEM, MINAS GERAIS.

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: Salime Cristina Hadad

Banca examinadora

Prof^a Salime Cristina Hadad (orientadora)

Prof^a Eulita Maria Barcelos

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

A meus pais, irmão e pacientes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre estar comigo;

A meus pais, irmão e namorado pelo incentivo e preocupação;

À minha supervisora Jandira por todo apoio esse ano;

À minha orientadora Salime por tanta dedicação a esse projeto;

Aos meus colegas do PROVAB pelo apoio;

Aos meus pacientes por todo carinho.

"Ama-se mais o que se conquista com esforço"
(Benjamin Disraeli)

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença vascular silenciosa mais prevalente no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2007, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbitos no país. A realização desse trabalho foi decidida após algumas reuniões com a Equipe 81 do Programa de Saúde da Família da Pedreira Santa Rita do município de Contagem em Minas Gerais. Foi elaborada uma proposta de intervenção para melhoria clínico-laboratorial dos pacientes hipertensos e diabéticos residentes na área de atuação da equipe. A unidade iniciará o Projeto HIPERDIA com a classificação dos pacientes de acordo com o risco cardiovascular por meio do Escore de Framingham. Pretende-se também por meio de uma abordagem multidisciplinar e do fornecimento de informações de forma acessível e compreensível ao paciente uma maior adesão às mudanças de estilo de vida, o uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle crônico da HAS e DM e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento de sua saúde.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Diabetes *Mellitus*. Avaliação em saúde.

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension is the most prevalent silent vascular disease in the world and most potent risk factor for cerebrovascular disease, a predominant cause of death in Brazil. According to the Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (Mortality Information System) from the Brazilian Health Ministry in the year 2007, diseases of the circulatory system was the leading cause of deaths in the country. The achievement of this work was decided after a few meetings with the staff of Equipe 81 of Programa da Saúde da Família (Family Health Program) in the municipality of Contagem, Minas Gerais State and an intervention proposal for clinical and laboratory improvement of hypertensive patients and patients living in the area where the team was elaborated. The HIPERDIA Project will start with the classification of patients according to cardiovascular risk by the Framingham score. It is also intended to go through a multidisciplinary approach and providing information in an accessible and understandable to the patient a greater adherence to lifestyle changes, the proper use of medication, concern about the proper control of chronic hypertension and diabetes and greater autonomy in relation to the monitoring of their health.

Keywords: Hypertension. Diabetes *Mellitus*. Health Evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CINCO	Centro Industrial de Contagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença cardiovascular
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAMUC	Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem
FR	Fator de risco
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HMC	Hospital Municipal de Contagem
LILACS	Biblioteca da Literatura técnica e científica da América Latina e Caribe
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBF	Unidade Básica de Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1 – Participação Percentual na Composição Total Estoque da Mão-de-obra por Setores de Atividade IBGE, 2002-2011.....	11
TABELA 2 – Evolução da População e de Indicadores Demográficos Selecionados nos dois últimos Censos Demográficos para Contagem, RMBH e MG 2000/2010.....	12
TABELA 3 – População residente e Graus de Urbanização em Contagem 1950 - 1960 - 1970 - 1980 - 1991 - -2000 - 2010.....	13
TABELA 4 – Perfil Socioeconômico do Município de Contagem e Regionais Administrativas, resultados do Censo Demográfico 2010.	13
TABELA 5 – Índices Econômico-Sociais.	14
TABELA 6 – Distribuição Percentual dos Domicílios Permanentes por Classe de Rendimento Nominal Mensal Domiciliar per Capita, comparativo entre Contagem, Minas Gerais e Brasil - Censo Demográfico 2010.	15
TABELA 7 – Domicílios por Condições de Ocupação e Existência (ou não) de Sanitário/banheiro Rede Geral de Esgoto, comparativo entre Contagem, Minas Gerais e Brasil - Censo Demográfico 2010.....	15
QUADRO 1– Classificação das prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Pedreira Santa Rita, Contagem, MG.....	21

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Dados do município de Contagem - MG (BRASIL, 2010).....	10
FIGURA 2 -Pirâmide Etária por sexo, segundo os Grupos de Idade. Contagem - Centro Demográfico 2000.....	14
FIGURA 3 - Pirâmide Etária por Sexo, segundo os Grupos de Idade. Contagem - Centro Demográfico 2010.....	14
FIGURA 4 – Formulário para Avaliação Clínico-laboratorial.....	29
FIGURA 5 – Formulário para Seguimento do Paciente.....	29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Informações Históricas.....	11
1.2	Aspectos Demográficos Socioeconômicos do Município.....	12
1.3	Situação da Área de Saúde no Município.....	16
1.4	A UBS da Pedreira Santa Rita	18
2	PROBLEMA DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA.....	20
3	OBJETIVOS	22
3.1	Geral	22
3.2	Específicos	22
4	METODOLOGIA DO ESTUDO	23
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
5.1	A Hipertensão e a Diabetes <i>Mellitus</i> no Brasil	24
6	PLANO DE AÇÃO.....	26
6.1	A classificação do risco cardiovascular como forma de organização e priorização do atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
8	REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O município de Contagem localiza-se a 21 km da capital do estado de Minas Gerais, estando dessa forma na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). É a terceira maior cidade do estado e possui uma população em torno de 603.442 habitantes. A área total do município é de 195 km² (figura 1)(BRASIL, 2010). Os municípios limítrofes são, além de Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves, Esmeraldas e Ibirité.

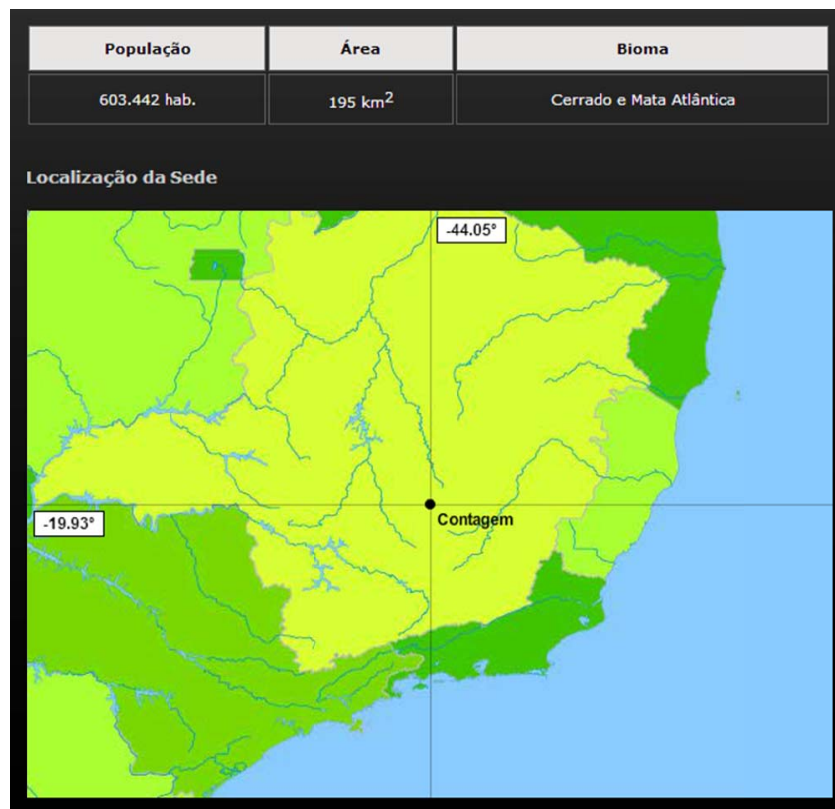


FIGURA 1 – Dados do município de Contagem - MG (BRASIL, 2010).

Contagem se apresenta como uma das mais importantes cidades da RMBH, principalmente pelo seu parque industrial. Seu sistema viário, planejado para comportar um fluxo intenso de veículos e de carga, é feito através das principais rodovias do país, a BR-381 (Fernão Dias que dá acesso à cidade de São Paulo) e a BR-040 (acesso a Brasília e ao Rio de Janeiro). Atualmente o prefeito de Contagem é Carlin Moura e o vice-prefeito João Guedes Vieira. A Secretaria Municipal de Saúde está sendo comandada pelo fisioterapeuta Ricardo Faria (CONTAGEM, 2013).

A economia do município conta com a proximidade de fontes de recursos naturais, de jazidas minerais do polo siderúrgico, de amplo mercado consumidor e de um enorme contingente de mão de obra especializada (FOLHA DE CONTAGEM, 2013).

Hoje, Contagem tem aproximadamente 107.000 m² de área industrial e mais de duzentas empresas instaladas. Além disso, possui uma rede de serviços especializados, universidades, escolas técnicas de formação profissional e do ensino regular, laboratório, centros de pesquisa e capacitação técnica, que constituem o sistema local de inovação e desenvolvimento industrial e tecnológico (FOLHA DE CONTAGEM, 2013).

De acordo com dados do IBGE (BRASIL, 2010), 90% da população profissionalmente ativa encontram-se alocada nos setores da indústria, comércio e serviços (Tabela 1). Uma minoria de cerca de 30 mil pessoas trabalha com a administração pública e apenas 1.810 pessoas trabalham com agricultura, silvicultura e pecuária.

TABELA 1 – Participação Percentual na Composição Total Estoque da Mão-de-obra por Setores de Atividade IBGE, 2002-2011.

SETOR ATIVIDADE IBGE	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Agricultura, Silvicultura, Criação de animais,	0,5	0,6	0,6	0,5	0,8	0,6	0,4	0,3	0,3	0,3
Indústria (%)	32,4	30,3	32,7	33,0	32,6	32,9	34,3	33,5	33,5	32,6
Comércio (%)	26,7	25,5	25,5	26,7	26,2	27,3	28,5	28,0	29,6	30,3
Serviços (%)	34,8	34,3	33,1	32,6	34,5	32,9	31,7	32,6	31,7	31,7
Administração Pública direta e autárquica (%)	5,7	9,4	8,1	7,2	5,9	6,3	5,1	5,6	4,9	5,2
Total de empregos (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego – MTE-RAIS, 2002-2010.

Elaborado por: Prefeitura do município de Contagem/ SEPLAN/COMODER/DITEC

1.1 Informações Históricas

A história do município se divide em três grandes momentos, sendo que o marco inicial foi à instalação de um posto de fiscalização no Sítio das Abóboras, no início do século XVIII. Em 1897, a capital do estado de Minas Gerais foi transferida para Belo Horizonte e impulsionou o crescimento de Contagem. Em 1941 a instalação da Cidade Industrial criou a base para o desenvolvimento do município nos anos seguintes (FOLHA DE CONTAGEM, 2013).

A criação da Cidade Industrial, por meio do Sistema de Distritos Industriais, possibilitou a criação em Contagem do maior núcleo industrial de Minas Gerais no final da década de 50, a partir da instalação da Itaú, no ramo do cimento, e da Magnesita, no ramo de refratários (FOLHA DE CONTAGEM, 2013).

Em 1970, também por iniciativa do setor público foi constituído o segundo grande projeto de expansão industrial em Minas: o Centro Industrial de Contagem - CINCO, que previa a instalação de 100 novas fábricas e a geração de 20 mil novos empregos (CONTAGEM, 2013).

Atualmente destacam-se, em Contagem, o entreposto das Centrais de Abastecimento de Minas Gerais S/A (Ceasa Minas) e o bairro Eldorado, verdadeiro centro comercial da cidade. O entreposto do CEASA é o mais diversificado do Brasil e ocupa o segundo lugar nacional em vendas de hortigranjeiros. A tradição urbano-industrial da cidade refletiu na formação da paisagem urbana, na cultura, e no caráter da população de Contagem (FOLHA DE CONTAGEM, 2013).

1.2 Aspectos Demográficos Socioeconômicos do Município

Em termos de ocupação territorial, Contagem ocupa apenas 2% do território metropolitano e absorve 12,3% do total do seu contingente populacional. Sua densidade demográfica alcançou 3.093 habitantes por km² em 2010, enquanto que a densidade média metropolitana registrada no último censo demográfico foi de 516 habitantes por km². Em termos de dinâmica populacional, equipara-se ao crescimento médio metropolitano: 1,15% ao ano no caso da população total e 1,21% ao ano no que se refere à população urbana (BRASIL, 2010) (Tabela 2).

TABELA 2 – Evolução da População e de Indicadores Demográficos Selecionados nos dois últimos Censos Demográficos para Contagem, RMBH e MG 2000/2010.

INDICADOR	Contagem	RMBH	Minas Gerais
ÁREA (km ²)	195	9.461	588.528
POP. TOTAL 2000	538.017	4.357.942	17.900.000
POP. TOTAL 2010	603.048	4.882.977	19.595.309
DENSIDADE DEMOGRÁFICA 2000	2759,1	460,6	30,4
DENSIDADE DEMOGRÁFICA 2010	3.093	516	35
TAXA DE CRESC. TOTAL 2000/2010	1,15	1,15	0,91
TAXA DE CRESC. URBANA 2000/2010	1,21	1,21	1,31
TAXA URBANIZAÇÃO 2010	99,10%	97,50%	81,90%
TAXA ALFABETIZAÇÃO 2010 (pop 5 a mais)	94,80%	94,20%	78%

Fonte: IBGE, Censos Demográficos 2000 e 2010.

Elaborado por: Prefeitura do Município de Contagem/SEPLAN/COMODER/DITEC

Atualmente a população de Contagem é predominantemente urbana, 99,1% de sua população vive em áreas urbanizadas, situação que se mantém desde a década de 60.

Aurbanização média metropolitana registrada no último censo foi de 99,6%(BRASIL, 2010) (tabela 3).

TABELA 3 – População residente e Graus de Urbanização em Contagem 1950 - 1960 - 1970 - 1980 - 1991 - 2000 - 2010.

Ano	Total	Urbana	Rural	Grau de Urbanização
1950	6.022	1.998	4.024	33,2
1960	28.065	25.215	2.850	89,8
1970	111.235	108.028	3.207	97,1
1980	280.477	278.081	2.396	99,1
1991	448.991	419.365	29.626	93,4
2000	538.017	533.530	4.687	99,17
2010	603.442	601.400	2.042	99,66

Fonte: FIBGE/ Censo Demográfico 1950, 1960, 1970, 1980, 1991

IBGE, Censo demográfico 2000, 2010

Elaborado por: Prefeitura do Município de Contagem/SEPLAN/COMODER/DITEC

Quase a totalidade da população é alfabetizada, apresentando valores semelhantes para a população feminina e a masculina. Observa-se que a proporção de homens e mulheres e a quantidade de pessoas dependentes, sejam crianças ou idosos, são semelhante em todos os oito distritos regionais. Percebemos, também, que em torno de 72% da população reside em domicílio próprio (BRASIL, 2010) (Tabela 4).

TABELA 4 – Perfil Socioeconômico do Município de Contagem e Regionais Administrativas, resultados do Censo Demográfico 2010.

Níveis de Agregação	TAXA ALFABETIZAÇÃO		CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA		PROPORÇÃO DE DOMICÍLIOS POR CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO	
	MASCULINO (%)	FEMININO (%)	PROPORÇÃO MENORES DE 5 ANOS (%)	PROPORÇÃO DE IDOSOS (%)	PRÓPRIO (%)	ALUGADO (%)
REGIONAL INDUSTRIAL	97,75	96,21	6,19	7,11	64,45	27,90
REGIONAL ELDORADO	98,08	97,17	5,67	7,45	67,69	24,90
REGIONAL RIACHO	98,79	97,97	5,78	6,81	69,25	25,37
REGIONAL RESSACA	97,22	96	6,86	5,72	70,09	21,91
REGIONAL NACIONAL	96,45	95,1	6,98	4,66	76,92	17,37
REGIONAL SEDE	97,63	96,65	6,40	5,19	76,26	17,29
REGIONAL PETROLÂNDIA	97,30	95,2	6,96	4,60	73,75	18,59
REGIONAL VARGEM DAS FLORES	92,95	91,55	7,97	4,46	84,44	7,56
TOTAL DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM	97,20	96,1	6,47	5,98	71,75	21,22

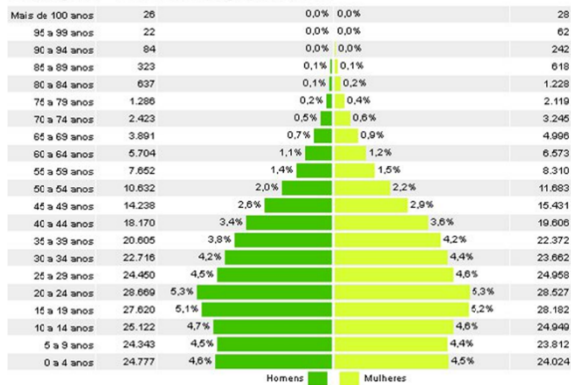
Fonte: IBGE Censo Demográfico 2010

Dados trabalhados por: Prefeitura do Município de Contagem/SEPLAN/COMODER/DITEC

As divisões por Regionais obedecem o artigo 11 da Lei Municipal 060 de 14 de janeiro de 2009

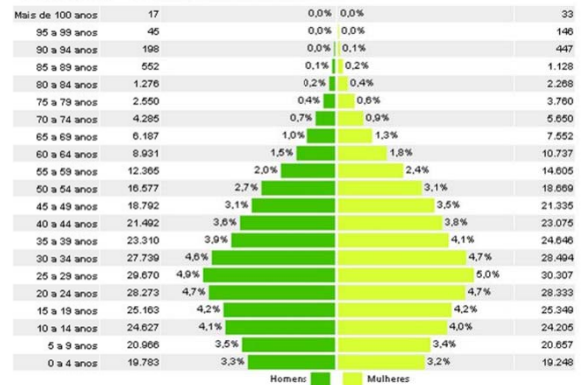
Até 1980, predominavam as crianças e jovens no Brasil como um todo, atualmente, a tendência é o crescimento da população de adultos e idosos. Observa-se que a base da pirâmide de Contagem em 2010 está menor em comparação com a pirâmide de 2000 (Figuras 2 e 3).

Pirâmide etária por sexo, segundo os grupos de idade, Contagem - Censo Demográfico 2000



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Pirâmide etária por Sexo, segundo os grupos de idade, Contagem - Censo Demográfico 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

FIGURA 2 - Pirâmide Etária por sexo, segundo os Grupos de Idade. Contagem - Centro Demográfico 2000

FIGURA 3 - Pirâmide Etária por Sexo, segundo os Grupos de Idade. Contagem - Centro Demográfico 2010

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade é de 0,789 (Tabela 5). Esse valor é inferior o de Belo Horizonte (0,810), mas acima do Índice Global do Brasil (0,730) (ONU, 2013).

TABELA 5 – Índices Econômico-Sociais.

FPM: 2010 (em reais)	45.059.801,51
ICMS: (em reais)	293.340.004,53
IDH-M: 2000	0,79
PIB/HAB. 2009:	24.641,23 reais
PIB TOTAL 2009:	15.410.450 milhões
IMRS 2008:	0,66
RECEITA CORRENTE LÍQUIDA 2010 (em reais)	840.406.744,30
DESPESA CORRENTE LÍQUIDA 2010 (em reais)	752.218.404,06

Fontes: IBGE Cidades; FJP- Fundação João Pinheiro; Secretaria de Tesouro Nacional;

Elaborado por: Prefeitura do Município de Contagem/SEPLAN/COMODER/DITEC

A maioria dos trabalhadores do município de Contagem possui renda entre meio salário mínimo e dois salários mínimos, situação semelhante a do Brasil (BRASIL, 2010)(Tabela 6).

TABELA 6 – Distribuição Percentual dos Domicílios Permanentes por Classe de Rendimento Nominal Mensal Domiciliar per Capita, comparativo entre Contagem, Minas Gerais e Brasil - Censo Demográfico 2010.

Município, Estado, País	Classes de rendimento nominal mensal domiciliar per capita (%)										
	Até 1/8 de SM	Mais de 1/8 a 1/4 de SM	Mais de 1/4 a 1/2 SM	Mais de 1/2 a 1 SM	Mais de 1 a 2 SM	Mais de 2 a 3 SM	Mais de 3 a 5 SM	Mais de 5 a 10 SM	Mais de 10 SM	Sem rendimento	Total
CONTAGEM	0,56	3,1	13,06	30,86	30,78	9,79	6,06	2,42	0,46	2,9	100
MINAS GERAIS	1,9	5,95	17,85	33,27	22,59	6,47	4,72	3,02	1,2	3,03	100
BRASIL	3,67	6,77	17,2	28,69	21,9	7,02	5,33	3,61	1,52	4,27	100

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

Dados trabalhados por: Prefeitura do Município de Contagem/SEPLAN/COMODER/DITEC

Nota: Salário Mínimo R\$ 510,00

A categoria Sem rendimento inclui os domicílios cuja pessoa responsável recebia somente em benefícios.

No último Censo Demográfico (BRASIL, 2010), quase 90% das residências de Contagem possuíam rede geral de esgoto (Tabela 7). O Censo também informa que próximo da totalidade dos domicílios de Contagem tem água tratada e energia elétrica.

TABELA 7 – Domicílios por Condições de Ocupação e Existência (ou não) de Sanitário/banheiro Rede Geral de Esgoto, comparativo entre Contagem, Minas Gerais e Brasil - Censo Demográfico 2010.

Município, Estado e Federação	Condição de ocupação do domicílio	Total (%)	Tinham banheiro - de uso exclusivo do domicílio - rede geral de esgoto ou pluvial (%)	Não tinham banheiro nem sanitário (%)
CONTAGEM	Próprio	71,75	61,7	0,03
	Alugado	21,22	19,02	-
	Cedido	6,7	5,61	0,01
	Total	100	86,55	0,06
MINAS GERAIS	Próprio	72,3	53,67	0,99
	Alugado	18,36	16,26	0,02
	Cedido	8,93	4,67	0,22
	Total	100	74,81	1,26
BRASIL	Próprio	73,28	39,25	2,12
	Alugado	18,32	12,44	0,06
	Cedido	7,76	2,99	0,42
	Total	100	54,92	2,64

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010
 Dados trabalhados por: Prefeitura do Município de Contagem/SEPLAN/COMODER/DITEC
 (-) Dado não existe devido a natureza do fenômeno.
 (*) Total inclui outras formas de ocupação

1.3 Situação da Área de Saúde no Município

No ramo da saúde a Rede Básica de Saúde de Contagem é composta por 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um posto de saúde e 69 Unidades de Saúde da Família. Todas estas unidades possuem uma área de abrangência definida, sendo a primeira referência para a população que ali reside (CONTAGEM, 2011).

Atualmente estão em funcionamento 93 Equipes de Saúde da Família (ESF), proporcionando a cobertura de 52% da população do município. Dos sete distritos sanitários de Contagem, quatro apresentam a saúde da família como a estratégia de atenção no âmbito da atenção básica, com 100% da população coberta por equipes (CONTAGEM, 2011).

A divisão do município em distritos sanitários foi realizada para aprimorar a gestão do sistema de saúde, com vistas à ampliação do acesso, por meio da melhoria de gestão de processos, padronização, regulação dos fluxos de pacientes e melhoria da qualidade das informações em saúde.

- Atualmente, cabe a cada distrito coordenar o planejamento das ações de promoção, prevenção e atenção à Saúde no âmbito distrital;

- Coordenar e supervisionar as atividades e serviços produzidos nas unidades de atenção básica e de apoio distrital;
- Trabalhar em conjunto com a Referência de Atenção à Saúde Distrital na implementação das ações de atenção à saúde provenientes da Assessoria Técnica de Atenção à Saúde da Superintendência de Atenção à Saúde;
- Coordenar e supervisionar ações de Vigilância em Saúde, no que relacionar-se com a saúde pública;
- Levantar elementos para a formulação, em conjunto com a Secretária Municipal de Saúde (SMS) e A Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem (FAMUC), da política de instalações, equipamentos, recursos diagnósticos, terapêuticas e de materiais dos serviços de saúde do Distrito (CONTAGEM, 2011).

Aos distritos também cabem viabilizar o suporte administrativo e operacional para o funcionamento das Unidades de Saúde, desenvolvimento e administração de RH; garantir a manutenção e atualização e envio à SMS e FAMUC do Banco de Dados de Saúde, contemplando informações epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, físico-ambientais, de recursos de saúde, dados de produção e faturamento, para subsidiar as atividades de planejamento e de gerência nos diversos níveis; identificar e analisar a situação de saúde da população de sua área de abrangência e definir as prioridades de atenção à saúde num processo co-participativo com a comunidade; dentre outras (CONTAGEM, 2013).

No município a Atenção Básica também conta com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Cada equipe de NASF é responsável pelo apoio de 8 a 20 equipes de saúde da família (CONTAGEM, 2011).

Além das UBS existem também, na atenção básica a saúde as farmácias distritais, as unidades de saúde mental, os serviços odontológicos (normalmente localizados dentro das UBS) e os postos de coleta para exames laboratoriais (CONTAGEM, 2011).

Os sistemas de referência e contra referência funcionam em conjunto com as redes de atenção especializada que no município de contagem funciona no Centro de Consultas Especializadas IRIA DINIZ, no Centro de Saúde do Trabalhador e na Unidade de Consultas Especializadas do Distrito Ressaca (CONTAGEM, 2011).

As urgências e emergências são atendidas na UPA Juscelino Kubistchek (JK), no Pronto Socorro Geraldo Pinto Vieira, no Hospital Municipal e na Maternidade Municipal (CONTAGEM, 2011).

Os conselhos locais de saúde são órgãos de controle social no âmbito local, de caráter consultivo e propositivo. Ele tem como uma estratégia orientar a população com relação ao que lhe é oferecido e possibilitar uma participação mais direta de quem usa a rede de saúde (CONTAGEM, 2013).

1.4 A UBS da Pedreira Santa Rita

A Unidade Básica de Saúde da Pedreira Santa Rita é composta por apenas uma Equipe de Saúde da Família (Equipe 81). A Equipe 81 possui uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um funcionário do setor administrativo, três agentes comunitárias de saúde e uma auxiliar de serviços gerais. O Programa de Saúde da Família (PSF) da UBS conta com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que se reúne a cada mês na unidade. A equipe do NASF possui uma ginecologista, uma pediatra, um psiquiatra, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma psicóloga e uma nutricionista. Dessa forma, consegue-se, no nível da atenção primária, atender quase todas as necessidades da comunidade e promover ações de prevenção e reabilitação. Na unidade de saúde só existe a Equipe 81 e ela não está completa, devido à falta de um agente comunitário de saúde e a unidade não tem gerente. A região possui além da UBS, um Centro de Apoio para Atendimento Especializado e um Centro Municipal de Educação Infantil.

A unidade Pedreira Santa Rita localiza-se no andar térreo de uma residência que fica em um terreno onde há três residências familiares. A unidade funciona todos os dias de 08h00min as 17h00min, atendendo toda a demanda local e quando necessário atende também pessoas de fora. A unidade fecha para o almoço de 12h00min as 13h00min.

A unidade é bastante precária, sendo composta por um consultório médico, um consultório de enfermagem, recepção, cozinha, um banheiro para os funcionários e um para os pacientes, sala de curativo, local de espera dos pacientes e um tanque onde se lava tudo usado na unidade. A sala de curativo, o banheiro dos pacientes e o local em que se localiza o tanque praticamente não tem condição de uso.

A comunidade atendida pela UBS Pedreira Santa Rita reside principalmente no bairro Industrial de Contagem. A população atendida mora em uma região caracterizada como vila, devido à precária infraestrutura das casas, ruas e becos, rede de água e de esgoto. Apresentando assim baixo índice de desenvolvimento sócio econômico. A região caracteriza-se por grande violência, pelo tráfico de drogas e é separada apenas por uma avenida de outra vila "rival"(CONTAGEM, 2013).

2 PROBLEMA DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA

A análise dos principais problemas enfrentados no território de ação da UBS Pedreira Santa Rita foi feita em reunião com a presença apenas da médica e da enfermeira. O desinteresse com a saúde da comunidade é um problema presente entre alguns profissionais da unidade. A análise foi realizada por meio da coleta de dados das fichas preenchidas ao final do dia de atendimento e das fichas D de atendimento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Além disso, outras informações sobre a área de abrangência e a população adscrita na unidade foram obtidas por meio de planilhas fornecidas pela Secretaria de Saúde de Contagem.

Segundo os dados analisados, os principais problemas enfrentados pela comunidade são as dores crônicas, a hipertensão e diabetes e problemas durante a gravidez.

A população adscrita na unidade é predominantemente composta por adultos e idosos. Muitos queixam de dores osteomusculares em várias partes do corpo e fazem uso abusivo de analgésicos. Há dificuldade por parte da equipe em conseguir convencer os idosos a não fazer uso excessivo dos analgésicos e tentar prevenir situações que pioram as dores, como atividade física vigorosa não compatível com a idade.

Os pacientes hipertensos e diabéticos tem como principal dificuldade a manutenção do uso contínuo e correto da medicação prescrita. Eles entendem a necessidade de tomar as medicações, mas não o fazem de modo correto e nem modificam o estilo de vida. Há muitos pacientes descontrolados, tomando os medicamentos de forma errada ou trocada com outros pacientes que residem na mesma casa.

As gestantes são alvo de busca ativa para que realizem o pré-natal de forma correta, no entanto não é o que tem acontecido. Muitas gestantes não realizam os exames solicitados e só comparecem à unidade quando apresentam alguma queixa.

Foi decidido em reunião de equipe que o grupo de pacientes hipertensos e diabéticos seria o principal alvo de um novo projeto (Quadro 1). Essa decisão se deve ao fato da grande maioria da população adscrita ser hipertensa e diabética, constituindo dessa forma o principal problema de saúde presente na comunidade e muitas vezes apresentam complicações porque não apresentam um controle satisfatório ou não tem acompanhamento na unidade.

As gestantes continuarão sendo alvo da busca ativa realizada pelas agentes de saúde e os pacientes com dores crônica vão ser orientados individualmente em cada consulta.

QUADRO 1 – Classificação das prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Pedreira Santa Rita, Contagem, MG.

Principais problemas	Importância	Urgência (de 1 a 10)	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hipertensos e diabéticos	Alta	10	Dentro das possibilidades da equipe	1º
Gestantes	Alta	10	Dentro das possibilidades da equipe	2º
Dor crônica	Alta	9	Dentro das possibilidades da equipe	3º

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos da USB Pedreira Santa Rita, em Contagem, Minas Gerais.

3.2 Específicos

- Reorganizar o acompanhamento dos pacientes com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, por meio da avaliação cardiovascular.

4 METODOLOGIA DO ESTUDO

No que se refere à fundamentação teórica deste trabalho, a pesquisa bibliográfica foi realizada através da consulta ao conteúdo teórico da Linha Guia da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2013), que regulamenta e orienta a atenção à saúde do adulto, e as VI Diretrizes Brasileiras da Abordagem da Hipertensão Arterial, livros reconhecidos e ligados às políticas públicas de saúde, às redes de atenção, à atenção básica e à Estratégia de Saúde da Família, além de legislação ligada ao Sistema Único de Saúde, em nível federal e estadual e da coleta de dados epidemiológicos nos bancos de dados do DATASUS e IBGE.

Foram também realizadas pesquisas na Biblioteca Virtual do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e na Biblioteca da Literatura técnica e científica da América Latina e Caribe (LILACS).

Na Biblioteca da Literatura técnica e científica da América Latina e Caribe (LILACS) com o tema “Hipertensão arterial sistêmica” no título e, tendo o Brasil como país/região, em idioma português, no período de 2009 a 2013, foram encontrados 8 textos completos, sendo utilizados 1 texto neste trabalho. Buscou-se também o tema “Diabetes *mellitus*” no título e obteve-se 45 textos completos, no período de 2009 a 2013, em português, com aplicação de 2 deles neste trabalho. Já na biblioteca do NESCON a pesquisa foi realizada com o tema “Hipertensão arterial sistêmica”, tendo sido encontrado 8 artigos e 1 foi utilizado nesse trabalho, e com o tema “Diabetes mellitus”, que dentre os 45 artigos encontrados usamos 2. Os artigos excluídos não foram utilizados na maioria dos casos por tratarem muitas vezes de assuntos ligados a crianças ou idosos exclusivamente e por não tratarem dos tópicos pesquisados como assunto secundário.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A Hipertensão e a Diabetes *Mellitus* no Brasil

Em 2000 constataram-se, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2 % das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos. Do total de casos, 17,7 % foram relacionados ao Acidente Vascular Encefálico (AVE) e ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (ROESE *et al.*, 2011; BRASIL, 2006).

Estas doenças são de grande importância epidemiológica, visto o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar sequelas para o resto da vida. Os dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorreram dessas doenças. A Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus* constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre as complicações mais frequentes decorrentes do DM encontram-se o IAM, AVE, a insuficiência renal crônica, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais (BRASIL, 2011).

Dentre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que vêm acometendo a população brasileira, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a Diabetes *Mellitus* (DM) são as mais prevalentes e, também, figuram como os dois principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Os dados estatísticos apresentados no Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* apontam que a HAS afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos, cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam HAS associada (BRASIL, 2013). Estima-se que existam cerca de 17 milhões de portadores de HAS, no Brasil, ou seja, 35% da população de 40 anos ou mais. Já a DM possui uma prevalência de 7,6% na população adulta (ROESE *et al.*, 2011).

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).

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006a).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença vascular silenciosa mais prevalente no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Em 2008, 2.969 óbitos foram registrados em excesso pelas doenças cerebrovasculares em comparação ao total de óbitos por doenças isquêmicas do coração; portanto, a importância social da HAS é incontestável(LESSA, 2010).

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise(BRASIL, 2006a)

Para grande parte da população brasileira o medicamento é compreendido como um símbolo de saúde e pressupõe-se que a enfermidade seja um fato essencialmente orgânico, possível de ser enfrentado por meio da mercadoria remédio, que muitas vezes é vista como o único modo cientificamente válido de se obter saúde. Essa concepção favorece uma medicalização exagerada, o uso inadequado de medicamentos e gera resultados prejudiciais aos pacientes e ao sistema de saúde, em detrimento do emprego de recursos não farmacológicos(PEREIRA *et al.*, 2012).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e diabetes. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial e glicemia (PEREIRA *et al.*, 2012).

6 PLANO DE AÇÃO

Após a identificação dos problemas por meio do diagnóstico situacional e classificação das prioridades utilizando os critérios de seleção baseados na importância, na urgência e na capacidade de enfrentamento pela equipe foi selecionado o problema: pacientes hipertensos e diabéticos moradores da área de abrangência. Foi realizada uma análise criteriosa das principais causas consideradas mais importantes na origem do problema, selecionadas aquelas que precisam ser enfrentadas. Estas causas geradoras do problema são denominadas de nós críticos de acordo com Campos; Faria; Santos. (2010).

São 3 "nós críticos" que precisam ser resolvidos em relação aos pacientes hipertensos e diabéticos, que são:

- A falta de entendimento sobre a sua doença,
- A dificuldade de realizar mudanças nos hábitos de vida,
- A grande procura por atendimento durante a demanda espontânea dos pacientes.

As orientações e esclarecimentos deverão ser realizados pela enfermeira e médica, por meio de grupos de palestras e atividades interativas, pretendendo que os pacientes entendam a progressão da doença e a necessidade do uso correto das medicações. Em relação às mudanças dos hábitos de vida serão convidados os profissionais do NASF (recreador físico e nutricionista) para atuarem junto com a equipe promovendo atividades físicas e elaborando cardápios alimentares.

As agentes comunitárias atuarão também nessa fase do projeto por serem o contato diário que os pacientes têm com a unidade de saúde. As agentes serão instruídas e orientadas sobre a evolução da hipertensão e diabetes para poder esclarecer os pacientes a forma correta do uso das medicações e a necessidade do acompanhamento regular. A nutricionista da equipe do NASF também terá um papel importante nessa fase participando das orientações para mudança dos hábitos alimentares diários.

Outro nó que identificado é a grande procura por atendimento durante a demanda espontânea dos pacientes-objeto do nosso trabalho. Os pacientes normalmente procuram a demanda espontânea sem queixa querendo apenas uma receita nova. Essa ação tem lotado o acolhimento e dificultado o processo de trabalho da unidade além de não permitir que os pacientes sejam classificados quanto ao risco cardiovascular. Para resolver essa situação será feita a reorganização da agenda de atendimento, com um dia exclusivo para atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

A equipe vai colocar em prática o Projeto HIPERDIA, com a classificação dos pacientes de acordo com o risco cardiovascular, que é um projeto preconizado pelo Ministério da Saúde.

Essa classificação será baseada em exame clínico, exames laboratoriais, exames de imagem, no tratamento realizado pelo doente, na compreensão que cada paciente tem da sua doença e esclarecimento de dúvidas. Dessa forma, pretende-se organizar a rotina dos atendimentos, não deixar nenhum paciente sem acompanhamento ou com acompanhamento irregular.

Serão ministradas palestras educativas e esclarecedoras quanto à forma, horário e importância do uso correto das medicações e serão realizados grupos operacionais para discutirem as dificuldades vivenciadas pelo grupo. Os grupos e reuniões terão a periodicidade de uma vez por semana e disponibilizaremos um turno na agenda de atendimentos médicos para consulta dos pacientes hipertensos e diabéticos já que a demanda é grande.

A unidade não dispõe de equipamento áudio visual para ser utilizado nos encontros e grupos, portanto serão utilizados cartazes confeccionados de cartolina como recurso audiovisual. Os outros equipamentos estão disponíveis na unidade como: balança, estetoscópio, esfigmomanômetro, fita métrica, glicosímetro, fitas e agulhas.

6.1 A classificação do risco cardiovascular como forma de organização e priorização do atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos

Os pacientes serão classificados quanto ao risco cardiovascular com o auxílio do Escore de Framingham (MINAS GERAIS, 2006). Eles serão enquadrados em quatro classificações: risco muito alto (aterosclerose significativa), risco alto, risco intermediário e risco baixo.

Os pacientes com aterosclerose significativa são aqueles que apresentam síndrome coronariana aguda, doença arterial coronariana associada à diabetes ou múltiplos fatores de risco. Os que possuem diabetes ou evidência de doença aterosclerótica (doença coronariana propriamente dita, doença arterial periférica, aneurisma/estenose de aorta abdominal ou seus ramos, doença cérebro vascular e doença carotídea) são classificados com risco alto. Nos demais pacientes deve-se considerar os fatores de risco para poder classificar, que são:

- Tabagismo;
- Hipertensão arterial sistêmica;
- HDL menos que 40 mg/dL;
- História de doença cardiovascular precoce (homem: parente de primeiro grau com menos de 55 anos; mulher: parente de primeiro grau com menos de 65 anos);
- Idade (homem maior ou igual 45 anos; mulher maior ou igual 55 anos).

A presença de HDL maior que 60 mg/dL conta como fator negativo e sua presença remove um fator de risco da contagem total.

Pacientes com 0 ou 1 fator de risco são classificados como risco baixo.

Os pacientes com 2 ou mais fatores serão classificados com a ajuda do Escore de Framingham. Caso a probabilidade de risco em 10 anos encontrada seja maior que 20% os pacientes serão considerados de risco alto. Se for menos que 20% a classificação será risco intermediário.

Para individualizar o acompanhamento de cada paciente e facilitar o trabalho dos profissionais de saúde foram confeccionados dois formulários de avaliação longitudinal dos pacientes. Cada paciente terá esses dois formulários anexados ao seu prontuário. Em um será anotado os dados de diagnósticos prévios, exame físico, medicações em uso e exames laboratoriais, para acompanhamento do risco cardiovascular e da evolução clínica de cada um (Figura **Erro! Argumento de opção desconhecido.**). Em outro será registrado a frequência em grupos operativos, palestras e consultas com outras clínicas e especialidades (Figura 5).

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE														
Nome: _____														
Data de Nascimento: _____				Sexo: _____				Telefone: _____						
Prontuário: _____														
MORBIDADES							MEDICAMENTOS							
EVOLUÇÃO														
DATA	HORÁRIO	PESO	ALTURA	IMC	CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	PA	GLICÊMIA	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDES	INTERCORRÊNCIA ÚLTIMA	CLASSIFICAÇÃO CARDIO	OUTROS
								TOTAL	HDL	LDL				

FIGURA 4 – Formulário para Avaliação Clínico-laboratorial.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE													
Nome: _____													
Data de Nascimento: _____				Sexo: _____				Telefone: _____					
Prontuário: _____													
MORBIDADES							MEDICAMENTOS						
PARTICIPAÇÃO EM PALESTRAS E GRUPOS PROJETO HIPERDIA													
CONSULTAS COM OUTRAS CLINICAS E ESPECIALIDADES													

FIGURA 5 – Formulário para Seguimento do Paciente.

A introdução do Projeto HIPERDIA com classificação de risco cardiovascular de cada paciente tem por objetivo estabelecer a frequência mínima que cada paciente necessita de

atendimento médico ou da enfermagem. Além de determinar quais pacientes precisam de maior atuação conjunta da equipe.

Pretende-se atingir essa meta com a melhoria do monitoramento clínico laboratorial e dessa forma diminuir as complicações decorrentes dessas morbidades com uma maior quantidade de pacientes hipertensos e diabéticos controlados.

Acredita-se que com nosso projeto de intervenção por meio da promoção a saúde e prevenção das condições de saúde (Nível 1 e 2, respectivamente, como proposto pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas de MENDES, 2007) possa evitar o surgimento em idades mais precoces de pacientes hipertensos e diabéticos. E que por meio de intervenções clínicas e sociais sobre a subpopulação composta por pacientes hipertensos e diabéticos nós possa ser postas em prática ações de tratamento dessas condições crônicas e de rastreamento das complicações.

Em relação à viabilidade do plano de ação, que é uma etapa que deve ser considerada pela equipe como um passo muito importante a principal dificuldade encontrada é com relação ao espaço físico para realização dos grupos. Inicialmente os grupos serão realizados na sala de espera da Unidade de Saúde que só comporta 10 pessoas.

Outro fator que interfere a viabilidade do projeto é a disponibilidade de horários compatíveis entre a médica e a enfermeira. Talvez seja necessário que inicialmente o projeto comece apenas com a médica ou enfermeira a frente das palestras e da gestão do projeto.

Para Campos, Faria e Santos (2010, p75) o décimo passo é o momento tático operacional, descreve-se a gestão do plano, "cujos objetivos são desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos". Para acompanhamento do atual projeto de intervenção decidimos que juntamente com a reunião mensal da equipe 81 discutiremos como cada um da equipe esta desenvolvendo a atividade que lhe foi encarregada e quais as dificuldades encontradas.

As atividades propostas para execução do Projeto de Intervenção terão datas de início e previsão de término, conforme o quadro abaixo:

Atividades propostas	Período de execução	Responsáveis
Cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos	Início: Outubro de 2013 Previsão de duração: 6 meses	Técnica de enfermagem e enfermeira

Classificação dos pacientes cadastrados com base no risco cardiovascular	Início: Novembro de 2013 Previsão de duração: 6 meses	Médica
Reunião com a equipe do NASF	Fevereiro de 2014	Médica, enfermeira, fisioterapeuta do NASF e nutricionista do NASF.
Treinamento e atualização dos profissionais envolvidos	Fevereiro de 2014	Médica e enfermeira
Grupos de palestras e atividades interativas	Início: Março de 2014 Periodicidade: grupos semanais e atividades mensais	Enfermeira e auxiliar administrativo
Acompanhamento da situação clínica dos pacientes envolvidos	Início: Fevereiro de 2014 Periodicidade: atendimentos semanais dos pacientes previamente agendados	Médica
Controle da evolução do projeto	Início: Abril de 2014 Periodicidade: Reuniões mensais Previsão de término: Dezembro de 2014	Equipe 81

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente da forma mais acessível e dinâmica, espera-se que ocorra uma maior adesão às mudanças de estilo de vida e ao uso correto da medicação. Espera-se também que haja mais por parte do paciente, após a compreensão adequada da doença que possui uma maior preocupação com o bom controle crônico da HAS e DM, assumindo uma maior autonomia em relação ao acompanhamento de sua saúde. Dessa forma, nossa intenção é diminuir as complicações decorrentes dessas doenças crônicas quando mal controladas e evitar a procura por atendimentos na demanda espontânea. Com o cadastro e o controle dos pacientes esperamos que a unidade possa organizar os atendimentos de demanda espontânea e a agenda do Projeto HIPERDIA, evitando assim que os pacientes hipertensos e diabéticos procurem a unidade para renovar receita ou com complicações. Apesar das dificuldades físicas e materiais encontradas espera-se que este projeto possa contribuir para melhoria da qualidade de vida dos pacientes adscritos na área da Unidade de Saúde Básica da Pedreira Santa Rita.

8 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 26p. 2001. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em 15 de jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n.15 / Hipertensão Arterial Sistêmica. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:<bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em 18 de nov. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n.16 / Diabetes *Mellitus*. Série A. Normais e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:<bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em 18 de Nov. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Sinopse do censo demográfico de 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=31&dados=29>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

CONTAGEM. Portal da Prefeitura de Contagem, MG. Apresentam dados sobre a história do município de Contagem, MG. Disponível em:<http://www.contagem.mg.gov.br/?es=historia_contagem>. Acesso em 15 jun. 2013.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção a Saúde. Orientações para a organização da atenção básica em Contagem (Documento técnico). 2011.

FOLHA DE CONTAGEM. 1º jornal on line de Contagem. Apresenta dados sobre a história do município de Contagem, MG. Disponível em: <<http://www.folhadecontagem.com.br/>>. Acesso em 15 jun. 2013;

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal, Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.26, n.8, ago. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 15 de jun. de 2013.

MINAS GERAIS. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG,2006.198 p. Disponível em:<http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guiia_hiperdia.pdf> . Acesso em: 18 de Nov. de 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas de Desenvolvimento Brasil. 2013. Disponível em:<www.atlasbrasil.org.br/2013/o_atlas/idhm>. Acesso em 10 de Nov. de 2013.

PEREIRA, V. O. M., ACURCIO, F. de A., GUERRA JÚNIOR, A.A., SILVA, G. D. da. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas, Caderno Saúde Pública, vol.28 n.8 Rio de Janeiro Aug. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000800013>. Acesso em 15 de jun. de 2013.

ROESE, A., PINTO, M.J., GERHARDT, T. E., SILVEIRA, D.T. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de

pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil, Revista APS; 2011; jan/mar; 14(1); 75-84. Disponível em: < <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/756>>. Acesso em 15 de jun. de 2013.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F.; Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem, v. 11, n. 1, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1708.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2013.