

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E A DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ANÁPOLIS - GO

ORGANIZATION OF CAUTION IN ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN ANÁPOLIS – GO

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES MELLITUS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA EN LA CIUDAD DE ANÁPOLIS – GO

Nelson Bezerra Barbosa¹, Fernanda Almeida Soares²,
Vanessa Assunção Peixoto³, Rebeca Daher França⁴

Resumo: A Hipertensão Arterial (HAS) e a *Diabetes Mellitus* (DM) figuram como os principais fatores de risco para óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório. Este trabalho objetiva descrever a organização e desenvolvimento da atenção a essas patologias na Estratégia da Saúde da Família (ESF) no município de Anápolis. Trata-se de estudo descritivo-analítico, com delineamento de Estudo de Caso, sobre implementação das ações de controle da HAS e DM na ESF de Anápolis. Foram utilizadas como fontes secundárias dados do DATASUS sobre a situação das duas morbidades. As fontes primárias foram

representadas por profissionais, gestores e usuários do programa submetidos a entrevistas semi-estruturadas. A frequência de casos deve estar acima de 26.000 casos, mas os cadastrados são cerca de 11.000. Os óbitos apresentam tendência de aumento no Brasil, Goiás e Anápolis, em ambos os agravos, informando a dificuldade do sistema em evitar desfechos insatisfatórios. Baixo número de cadastrados no HiperDia e aumento nos óbitos sinalizam necessidade em desenvolver novas estratégias para controlar estas morbidades. Sugere-se que Estudos de Evento Sentinela possibilitariam maior intervenção sobre esta realidade, investigando os motivos das internações observadas, evitando que se repitam em casos subsequentes.

Descritores: Diabetes, Hipertensão, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família.

Abstract: Arterial Hypertension and *Diabetes Mellitus* figure as the main

¹ Psicólogo, Doutor em Saúde Pública (FMUSP). Gestor Público, Assessor Técnico da SES-GO. E-mail: nelsonbbarbosa@gmail.com

² Discente do Curso de Medicina, bolsista PBIC. E-mail: fernandamedicinaevangelica@gmail.com

³ Discente do Curso de Medicina, bolsista PBIC. E-mail: vanessa.medic@gmail.com

⁴ Discente do Curso de Medicina, bolsista PBIC. E-mail: rebecadaher.uni@gmail.com

risk factors for death from diseases of the circulatory system. This paper aims to describe the process of organization and development of the attention to these diseases in the Family Health Strategy (FHS) in Anápolis. It is descriptive-analytical study, with delineation of Case Study, of the process of implementation of actions to control Hypertension and *Diabetes Mellitus* in the FHS Anápolis. Were used as DATASUS data on the situation of the two morbidities secondary sources. The primary sources were represented by professionals, managers and users of the program underwent semi-structured interviews. The frequency of cases should be above 26,000 cases, but about 11,000 are registered. The deaths present an increasing trend in Brazil, Goiás and Anápolis, in both diseases, indicating the difficulty of the system to avoid unsatisfactory outcomes. Low numbers of registrations in HiperDia and the increase in deaths indicate the need to develop new strategies to control these conditions. It is suggested that Sentinel Event Studies could enable greater capacity to intervene on this reality, investigating the reasons for hospitalizations observed, preventing them from recurring subsequently, resulting in unfavorable outcomes.

Descriptors: Diabetes, Hypertension, Primary Health Care, Health Family Strategy.

Resumen: La hipertensión arterial (HTA) y el diabetes mellitus (DM) aparecen como los principales factores de riesgo de las muertes por enfermedades del aparato circulatorio. Este trabajo tiene como objetivo describir la organización y el desarrollo de la atención a estas patologías en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en la ciudad de Anápolis. Se trata de un estudio descriptivo-analítico, un estudio de caso sobre la aplicación de medidas para controlar la hipertensión arterial y el diabetes mellitus en la ESF de Anápolis. La frecuencia de los casos debe ser mayor que 26.000 casos, pero están registrados aproximadamente 11.000. Las muertes mostraron una tendencia creciente en Brasil, Goiás y, específicamente, Anápolis, en ambas enfermedades, lo que indica la dificultad del sistema para evitar los resultados desfavorables. Bajo número de inscripciones en el HiperDia y aumento de las muertes indican la necesidad de desarrollar nuevas estrategias para el control de estas enfermedades. Se sugiere que los Estudios de Evento Centinela permiten una mayor intervención en esta realidad, investigando las causas de las admisiones observadas, evitando que haya

recurrencias en casos posteriores, dando lugar a resultados desfavorables.

Descriptor: diabetes, hipertensión, Atención Primaria a la Salud, Estrategia de Salud de la Familia.

1. Introdução

O perfil sócio-demográfico e epidemiológico brasileiro se encontra em processo de transição em relação as suas principais características. Do ponto de vista demográfico observa-se o fenômeno do envelhecimento e da urbanização. As quedas nas taxas de fecundidade, associadas à diminuição da mortalidade infantil e ao acesso a serviços e ações de saúde têm impactado sobre o incremento na expectativa de vida da população. O perfil epidemiológico, por sua vez, revela uma crescente prevalência das doenças crônico-degenerativas, em relação às infecto-contagiosas¹.

Dentre as doenças crônicas, as cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica, figuram como a principal causa de óbitos no Brasil, considerando dados disponíveis no DATASUS, agregados para o país e desagregados por região, estado e municípios. Os padrões de consumo, hábitos e estilos de vida têm contribuído para a emergência deste quadro, com

impacto direto também sobre as duas outras principais causas de mortalidade – as Neoplasias e as Causas Externas. O envelhecimento populacional é outro fator de risco às doenças crônico-degenerativas, constatado, por exemplo, nos altos índices de prevalência da Hipertensão Arterial (HA) nas faixas etárias mais elevadas.²⁻³

A HA é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial pela medida casual. A definição de HA considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões^{4,5}.

Mesmo sendo assintomática, é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas⁴. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e que 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. No entanto, parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa; e muitos dos que sabem não estão sendo adequadamente tratados.⁶

A hipertensão arterial é uma comorbidade extremamente comum no diabético, representando um risco adicional a este grupo de pacientes para o desenvolvimento de complicações macrovasculares^{7,2}. *Diabetes Mellitus* não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, que é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos.²

Uma glicemia de jejum maior que 126 mg/dl, seguida de uma medida de glicose (uma hora depois), após a ingestão de 75 g de glicose anidra, maior ou igual a 200 mg/dl, constituem o *Diabetes Mellitus*⁸. Apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular⁹.

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida

que afeta doentes e suas famílias. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura⁹.

O HiperDia foi criado por meio da Portaria nº 371/GM, em 04 de março de 2002, que estabeleceu um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*, definindo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde que inclui reuniões voltadas para hipertensos e diabéticos acompanhados em unidades de saúde, nas quais esses pacientes recebem orientação sobre suas doenças, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento.^{10,11}

O Hiperdia é um sistema informatizado que agrega dados referentes à população portadora de HAS e DM. Informa sobre número de cadastrados, medicamentos utilizados, intercorrências clínicas identificadas, internações. É um importante instrumento de gestão para controle destas patologias. Os dados e informações do presente trabalho podem contribuir para definição quanto a medidas

de ajuste do funcionamento do programa, objetivando a melhoria de seu desempenho.

A detecção e controle destes problemas de saúde podem ser exercidos de forma efetiva pela Atenção Primária em Saúde (APS), desde que adotados processos de trabalho compatíveis com esta tarefa. A identificação de usuários hipertensos e diabéticos, acompanhada da classificação de risco a que estão submetidos é fundamental para adoção de medidas relativas a projetos terapêuticos (coletivos e individuais), bem como ao monitoramento das condições de saúde destes usuários.

O presente trabalho buscou descrever as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) em Anápolis para controle do problema; observando aspectos como: a pertinência destas ações frente às medidas preconizadas pelo Plano de Reorganização da atenção a estas morbidades e o manual do MS; os instrumentos utilizados para acompanhamento dos hipertensos e diabéticos assistidos pelas equipes; a situação da Hipertensão Arterial Sistêmica e do *Diabetes Mellitus*, observando prevalência, taxa de internação por complicação destas patologias e o

percentual de portadores cadastrados no HiperDia⁹.

2. Referencial Teórico

A Atenção Primária em Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações e serviços que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a cura e a reabilitação da população usuária. Sua posição como primeiro nível de contato entre população e o sistema permite a identificação do perfil demográfico e epidemiológico, consequentemente, estabelecer estratégias de controle sobre os principais problemas de saúde. A capilaridade e a longitudinalidade no processo de atenção à saúde confere um papel central à APS dentro do SUS. O papel coordenador da atenção primária na organização e funcionamento das redes deve ser exercido com base neste conhecimento sobre as demandas e necessidades da população usuária¹².

Entretanto, para além deste conhecimento, a APS precisa desenvolver sua capacidade resolutiva, os elementos críticos ao exercício deste papel coordenador da atenção em saúde implicam: diminuição da rotatividade de profissionais; padrões mais homogêneos e estáveis de remuneração e progressão

funcional; financiamento perene e eficiência nos gastos; estruturação e implementação de processos e práticas de trabalho baseados no conceito de Vigilância em Saúde.

Este papel atribuído à APS reclama o seu fortalecimento como condição para o cumprimento de sua responsabilidade no âmbito do sistema. Fortalecer a APS pode ser traduzido em duas dimensões a serem trabalhadas – a ampliação da cobertura e da resolubilidade de suas ações. O aumento de cobertura populacional é resultante direta da implantação de novas equipes de ESF, ESB e NASF. A identificação dos limites deve ser considerada em função de todos os seus elementos - financeiros, técnicos e políticos. Em relação à capacidade resolutiva, a estratégia passa pela seleção de um conjunto mínimo de indicadores de saúde capazes de serem afetados pela intervenção dos recursos e tecnologias dominadas pela APS. O caráter transversal da APS define áreas de intersecção entre os vários serviços e programas com este nível de atenção e, portanto, o compromisso institucional com enfrentamento aos seus problemas de organização e funcionamento.

2.1 O conceito e a prática no âmbito da Atenção Primária

A abrangência e centralidade que a APS assume no contexto da organização de sistemas públicos de saúde não são fatos estabelecidos desde sempre. É possível observar uma clara evolução na linha do tempo em relação ao que se convencionou chamar de atenção primária. O debate e a tensão neste campo estão presentes ainda hoje, na verdade o que se observa é a prevalência de uma ou outra abordagem sem que isto represente a eliminação das demais; a disputa sobre a hegemonia entre as várias definições ainda está presente nos dias de hoje.

A APS emerge sob o domínio de uma concepção de intervenção destinada a grupos em situação de risco e vulnerabilidade, com uso de tecnologias simplificadas e baixo custo. A seletividade e o focalismo condicionam o papel exercido por este nível de atenção à busca de eficiência e racionalidade no uso dos recursos escassos. Apesar da introdução de noções de acessibilidade, longitudinalidade e integralidade, o papel destinado à APS ainda não engloba a de ordenadora da organização da atenção à saúde. A estruturação do setor saúde dentro de uma lógica sistêmica introduz novos elementos orientadores na organização

deste nível de organização dos sistemas de saúde: o paciente e a família; a comunidade; e os sistemas integrados de saúde¹³.

No contexto das reformas do setor saúde, em especial no continente europeu, as concepções sobre este nível avançam em relação ao seu caráter ordenador do funcionamento dos sistemas de saúde, atribuindo à APS o controle sobre o orçamento destinado ao setor. A perspectiva é que este nível de atenção, a partir do reconhecimento das demandas e necessidades da população sob sua responsabilidade, possa estabelecer o volume e tipos de serviços e ações que a estes grupos deveriam ser destinados. Neste sentido, o papel articulador de uma integração de nível vertical deve ser operado a partir da atenção primária.

Esta integração abrange três dimensões: a funcional, a organizacional e a educacional. A primeira trata de observar as relações de condicionalidade e determinação entre demandas individuais, familiares e comunitárias. A segunda trata da integração entre os diversos níveis assistenciais do sistema, no atendimento às necessidades de saúde da população. A terceira observa as competências profissionais exigidas para resolução de problemas de saúde, bem como da

educação em saúde para o autocuidado e corresponsabilidade de pessoas e grupos com a manutenção de seu estado de saúde¹⁴.

A organização da atenção primária assume, sobretudo quando se pensa em sua dimensão organizacional, a necessidade de estabelecer um conjunto de atributos que lhe permita exercer esta centralidade na organização dos sistemas de saúde, quais sejam: o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Estes atributos traduzem-se, do ponto de vista operacional, em acessibilidade (capacidade de utilizar os serviços quando necessário); na oferta e uso de serviços e ações de saúde ao longo do tempo; no atendimento às necessidades de saúde de maior prevalência de uma dada população sob seus cuidados, bem como a responsabilização com a busca de atendimento em outros níveis assistenciais; e capacidade para assegurar cuidado permanente aos problemas que requerem acompanhamento de caráter contínuo. Este último tem importância crucial quando se trata de pensar a organização dos serviços de saúde na lógica das redes assistenciais¹⁴.

Nesta perspectiva de estruturação dos serviços, a APS engloba um conjunto de funções definidoras do grau de organicidade que uma rede pode

desenvolver: a função de resolução, a função de ordenação e a de responsabilização. A primeira função diz respeito à capacidade resolutive da APS sobre problemas capazes de serem solucionados com os recursos alocados neste nível do sistema. A de coordenação trata da capacidade da APS de estruturar conversações interativas com os demais níveis do sistema, ordenando o caminho do usuário dentro do sistema, de acordo com suas necessidades. A função de responsabilização abrange a corresponsabilidade que este nível deve assumir no cuidado ao usuário do sistema, independentemente do nível do sistema que o esteja atendendo. O encaminhamento de pacientes não representa delegação com ausência de atribuições a partir deste (encaminhamento), mas o acompanhamento permanente em relação aos serviços prestados e suas consequências sobre a história clínica do paciente¹⁵.

Em um contexto de rápidas e intensas transformações no perfil epidemiológico da população brasileira, marcada por uma tripla carga de doenças (infecções, crônicas-degenerativas e causas externas), com forte predomínio das condições crônicas, a reorganização dos sistemas de saúde representa uma demanda urgente a ser enfrentada. O papel

da APS neste processo de mudança do modelo assistencial é fundamental por seus atributos e funções descritas acima.

Estes atributos e funções descritos e sua tradução para uma noção operacional dos sistemas na lógica de redes assistenciais impõem novos desafios à organização da APS, seja na ampliação do escopo de seus serviços e ações, seja no desenho e implementação de processos de trabalho capazes de estabelecer a sua centralidade na organização dos sistemas de saúde^{14, 15}. O modelo estruturante da atenção primária no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família, a despeito de seus inequívocos avanços (em especial dos níveis de cobertura) enfrenta este dilema, da necessidade de se reinventar, para não se tornar apenas mais uma iniciativa de ampliação de cobertura.

2.2. A Estratégia Saúde da Família – limites e possibilidades do modelo

A Estratégia Saúde da Família já se configura uma iniciativa vitoriosa se observados alguns elementos importantes em seu desenvolvimento. O primeiro diz respeito à expansão da cobertura, que em Goiás já ultrapassa 60% da população, com possibilidade real de atingir 70%, que corresponde ao contingente de usuários

que têm no SUS a única alternativa assistencial¹⁶.

O segundo diz respeito à ampliação do escopo de suas ações, com a incorporação das Equipes de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A incorporação destes serviços ampliou a possibilidade de uma atenção integral à saúde ofertada pela APS, com maior poder de resolubilidade deste nível. A emergência do Decreto 7508/2011¹² representa uma oportunidade de retomada da discussão e implementação de sistemas regionais de saúde, com desdobramentos sobre processo de compartilhamento de experiências e recursos. Tal situação implica desafio ao conjunto de ações e serviços desenvolvidos na APS, na perspectiva de que esta venha assumir a posição de coordenadora das redes de atenção. Neste sentido, levantar dados e informações sobre funcionamento de programas como o de controle da hipertensão e da diabetes, considerando que estes agravos são fator de risco à principal causa de mortalidade no país – as complicações do aparelho circulatório.

A estruturação de sistemas regionalizados tem como desdobramento a discussão sobre a forma como os serviços e ações estão distribuídos neste espaço, as necessidades em termos de cobertura e,

sobretudo, a capacidade de resposta destes serviços e ações¹². Em relação a este último aspecto é interessante observar como esta se dá considerando problemas que podem ser controlados pela APS, o que implica analisar a capacidade de utilização de recursos e os processos de trabalho desenvolvidos, considerando a racionalidade intrínseca destes.

A Estratégia Saúde da Família tem como processos de trabalho estruturantes de sua atuação a definição do seu território de abrangência, o cadastramento de famílias e domicílios, o mapeamento das situações de risco do ambiente físico e social, a estratificação de risco populacional. Este processo (estratificação de risco) é de fundamental importância para identificação de grupos e indivíduos que demandam atenção especial, informada pelas diretrizes clínicas e por projetos terapêuticos individuais para os casos de maior risco e vulnerabilidade. A não implementação de procedimentos desta natureza impacta significativamente sobre a capacidade de controle de casos e sobre marcadores de saúde¹⁵.

O conhecimento sobre a situação de saúde da população da área das equipes, incluindo os seus condicionantes e determinantes, é fundamental para definição da programação das ações a

serem desenvolvidas, bem como para informar ações de monitoramento e avaliação do trabalho desenvolvido pelas equipes. O gerenciamento das ações de cada equipe deve englobar, portanto, aspectos que vão desde o uso da capacidade instalada, medida pela produção de procedimentos, mas também sobre o alcance de metas de resultados contidos nas programações de cada equipe.

O estado de Goiás apresenta, hoje, uma razoável cobertura da estratégia de saúde da família, entretanto, é possível observar problemas em relação aos resultados, ou seja, aos impactos sobre indicadores que são sensíveis à intervenção deste nível de atenção, como as internações por complicação de Diabetes e Hipertensão, que demandam a necessidade de se desenvolver estratégias para melhorar a capacidade resolutiva da APS.

3. Abordagem e Procedimentos Metodológicos

O trabalho caracteriza-se por ser um estudo descritivo, com delineamento de Estudo de Caso, sobre processo de implementação das ações de controle da Hipertensão Arterial (HA) e do *Diabetes Mellitus* na Estratégia de Saúde da Família do município de Anápolis. As Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF)

foram as unidades de investigação utilizadas como o caso de referência para desenvolvimento deste trabalho de investigação. As unidades selecionadas preenchem os seguintes critérios de elegibilidade: estarem em funcionamento há mais de 03 (três) anos; terem suas equipes completas há pelo menos 01 (um) ano, tendo como referência a data de início do estudo; ter atualizado seu cadastro do HiperDia, com manutenção regular da entrada de dados no sistema e concordarem em participar da pesquisa.

A escolha destes critérios levou em consideração as condições necessárias para identificação da população da área, em especial de pessoas com HAS e DM e a possibilidade de firmamento de vínculo entre equipe e população; o fato de que uma das marcas da ESF é o trabalho em equipe, sem o qual o desenvolvimento do trabalho fica comprometido; e a atualização do cadastro no HiperDia como condição para efetivo monitoramento dos usuários diagnosticados.

As unidades selecionadas para este trabalho foram a Unidade Básica de Saúde da Família Juscelino Kubistchek (UBSF-JK) e a do Bairro de Lourdes (UBSF – BL). Os informantes-chave que participaram deste projeto foram: o responsável pela coordenação da atenção

básica no município (01); pela coordenação das ações de controle destes agravos lotado no nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis (SEMUSA) (01); profissionais das UBSF selecionadas e que estão diretamente envolvidos com as ações do HiperDia nestas unidades (09); usuários cadastrados no programa há pelo menos 02 (dois) anos, que estejam participando regularmente das atividades do HiperDia e concordem em participar deste projeto de investigação (17). Foram sujeitos desta pesquisa, portanto, 28 pessoas.

A investigação sobre o formato e a dinâmica destas experiências foi realizada com base em entrevistas com os informantes-chave descritos acima. As entrevistas foram realizadas com base no modelo semi-estruturado, que combina a utilização de questões abertas e fechadas, orientadas por roteiro previamente desenhado para cada um dos grupos de participantes. Foram incluídos na pesquisa os profissionais de saúde que atuam nos cargos descritos acima e usuários que concordaram voluntariamente em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O trabalho de investigação abrangeu, ainda, a distribuição da frequência da HA e

da DM, a prevalência de HA e DM, a frequência de óbitos e internações por complicações destes agravos, bem como do número de usuários cadastrados no sistema. O conjunto de dados e informações coletados e analisados foram traduzidos no relatório final de conclusão do trabalho, a ser apresentado aos tomadores de decisão da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis (SEMUSA).

4. Resultados e discussão

4.1. Situação da HAS e DM (Brasil, Goiás e Anápolis)

Acerca da situação da HAS e DM, pode ser constatado que a prevalência dos agravos vem aumentando, devido, sobretudo, ao contexto de transição demográfica no país¹. Levando-se em conta o gênero, observa-se que em relação à DM há um certo equilíbrio na frequência de casos (Tabela 1); entretanto, observa-se maior susceptibilidade entre mulheres à HAS (Tabela 2), apontando uma maior exposição destas aos fatores de risco, resultante, dentre outros fatores, de sua inserção cada vez maior no mercado de trabalho, inclusive em funções antes exclusivas dos homens.¹⁷.

As taxas de prevalência para estados e municípios apresentam

problemas de precisão nos dados, revelando estimativas que não apresentam o mesmo grau de desagregação dos dados referentes ao Brasil. Os dados referentes a Goiás apresentam convergência com os dados nacionais, quando considerada a maior prevalência nas faixas etárias mais elevadas e entre as mulheres acima de 35 anos.¹⁸

Os dados referentes a Anápolis, apresentados pela Coordenação de Atenção

Básica da Secretaria Municipal de Saúde, evidenciam carência de maior sistematização. Considerando apenas a população coberta pela ESF, que é de 49,29% de uma população total de 335.960, os números apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) informam uma prevalência média de 8% para HAS¹⁹, ou seja, bem menor que a prevalência média nacional, que situa-se em torno de 23% (Tabela 2).

Tabela 01. Tx prevalência para DM por Sexo e Ano, Brasil, 2006 – 2009

Sexo	2006	2007	2008	2009
Masculino	7,5	8,5	8,9	9,4
Feminino	9,8	9,1	10,3	9,5
Total	8,8	8,8	9,7	9,5

Fonte: DATASUS

Tabela 02. Tx prevalência para HAS por Sexo e Ano, Brasil, 2006-2009

Sexo	2006	2007	2008	2009
Masculino	18,4	19,9	21	21,1
Feminino	24,2	24,5	26,3	27,2
Total	21,5	22,3	23,9	24,4

Fonte: DATASUS

Os óbitos apresentam tendência de aumento no Brasil, Goiás e Anápolis, com maior concentração (em torno de 70%) na faixa etária correspondente aos maiores de 60 anos, para os casos de Hipertensão. Em 2000, dos 8.908 óbitos registrados, 6464

eram de pessoas acima de 60 anos; em 2009, a proporção era de 17.326 para um total de 21.530 óbitos.¹⁹

Quando utilizada a categoria gênero é possível destacar outras situações (Tabelas 3 e 4)¹⁹. Em relação ao DM, embora seja possível observar tendência de aumento, ainda que menor que a HAS,

para Brasil e Goiás, em Anápolis os dados apresentam trajetória oscilante, mesmo que, de maneira geral, também revele tendência de crescimento (Tabela 3)¹⁹. Estes indicadores mostram a dificuldade do

sistema em evitar desfechos insatisfatórios para estes casos, e, em relação à APS, uma limitação em promover prevenção e controle dos agravos.

Tabela 03. Óbitos por DM por Sexo e Ano, Anápolis, 1999-2009

Sexo	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Masculino	23	27	24	28	33	37	34	24	40	53	38
Feminino	27	24	24	39	26	38	39	36	58	47	36
Total	50	51	48	67	59	75	73	60	98	100	74

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e IBGE

Tabela 04. Óbitos por HAS por Sexo e Ano, Anápolis, 1999-2009

Sexo	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Masculino	5	4	7	9	8	15	9	16	14	14	12
Feminino	6	4	6	8	8	11	7	10	7	13	13
Total	11	8	13	17	16	26	16	26	21	27	25

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e IBGE

Os dados de internação revelam um aparente paradoxo. Enquanto o volume de internações por HAS apresenta tendência de queda, com 464 internações em 2000, contra 301 em 2009; as relacionadas ao DM vêm aumentando, tendo registrado 263 internações em 2000, contra 293 em 2009. Como as ações de controle são dirigidas simultaneamente aos dois grupos e considerando o fato de que existe um razoável grau de intersecção entre estas patologias (comorbidade), o esperado seria um comportamento similar dos dois

eventos, o que não acontece. Provavelmente, por apresentar uma frequência bem maior, é possível inferir que a HAS consiga maior visibilidade e mobilize maior atenção por parte de profissionais, gestores e usuários com este problema.

O controle sobre estes agravos demanda um sistema de identificação e cadastramento no programa, que permita reunir dados como sexo, idade, condições de vida e trabalho, hábitos alimentares e de atividade física, grau de risco do caso, histórico de internação por complicações

da doença, adesão ao tratamento. Um conjunto de dados que possibilita o mapeamento dos casos de maior risco e vulnerabilidade e, conseqüentemente, projetos terapêuticos singulares e coletivos. A não identificação e localização dos casos, bem como de sua adequada classificação de risco pode repercutir no aumento de internações e óbitos, portanto, na eficácia do sistema de vigilância em saúde.

Sobre o acompanhamento e cadastramento de pessoas com HAS e DM por meio do HiperDia, observa-se que o número de cadastrados, quando comparados à prevalência, ainda é muito baixo. Considerando que Anápolis tem prevalência média para HAS estimada em 8%, segundo dados do DATASUS, para uma população de aproximadamente 330.000 habitantes, a frequência de casos deveria estar acima de 26.000. Entretanto, os cadastrados são pouco mais de 11.000. Importante destacar que estes números, quando confrontados com a cobertura da ESF no município (Tabela 5), demonstram ser compatíveis entre si. O que não elimina, contudo, o fato de que há um volume expressivo de pessoas acometidas por estas patologias que não estão sendo devidamente monitoradas pelo sistema.

De semelhante modo, observando a relação entre prevalência e frequência de cadastramentos, temos que 6,5% da população de Anápolis é portadora de DM. Considerando essa informação, existiriam, aproximadamente, 21.450 pessoas com DM; contata-se, no entanto, apenas 342 cadastrados, números muito baixos, mesmo quando considerada a cobertura da ESF no município. Quando considerada a intersecção entre DM e HAS, percebe-se que o número de cadastrados aumenta para 2.937, entretanto, constitui ainda um baixo percentual de cadastramentos. Este fato torna mais difícil a identificação de todos os casos e, conseqüentemente, o delineamento do perfil fidedigno daqueles que requerem maior atenção.

O aumento da frequência do DM e HAS, doenças de causas multifatoriais,

está condicionado a fatores genéticos, não modificáveis, mas também ao sedentarismo, alimentação desbalanceada, tabagismo, entre outros fatores, que são passíveis de intervenção por parte do setor saúde a fim de evitar desfechos como internações e óbitos. A expansão da cobertura da APS, por meio da ESF, tem sido uma das estratégias para aumentar pontos de acesso aos usuários, permitindo sua inclusão no sistema²⁰⁻²¹.

A cobertura da ESF em Goiás apresenta um quadro de expansão considerado satisfatório²². Todavia, a cobertura em Anápolis (49,29%) está abaixo da média alcançada pelo estado (61,5%), considerando o número de equipes, observado o fato de que não foi possível levantar, ainda, o número de equipes incompletas (Tabela 5). Este dado é fundamental para avaliar a capacidade de atração e atendimento aos usuários sob a

responsabilidade destas equipes. Outro aspecto a considerar é o de que cobertura e resolubilidade não necessariamente caminham juntas, e alguns dos indicadores aqui apresentados sugerem que ainda há muito a ser investido para que a APS alcance resultados que possam ser considerados compatíveis com sua capacidade potencial de resposta aos problemas de saúde.

Tabela 5 - Cobertura da ESF Brasil, Goiás e Anápolis, 2001 e 2010

Ano	População	Número de Equipes (cadastradas no sistema)	Estimativa da População Coberta	Proporção de Cobertura Populacional Estimada (%)
2001	172.385.826	13.318	43.829.910	25,43
	5.116.462	698	2.268.443	44,34
	288.814	10	34.500	11,95
2010	191.575.774	32.127	100.068.661	52,23
	5.926.450	1.166	3.600.436	60,75
	335.960	48	165.600	49,29

Fonte: SES-GO

4.2. Programação das atividades de controle da HAS E DM

A programação de atividades referentes ao controle da HAS e DM, no âmbito da ESF abrange: o cadastramento de usuários com estas doenças; reunião mensal e registro sistemático desta atividade; visitas domiciliares e

encaminhamentos a outros níveis assistenciais.

O cadastramento de usuários é realizado por meio de instrumento específico, que coleta dados de identificação, local de moradia, dados clínicos, caracterização de fatores de risco e comorbidades, bem como complicações e medicamentos. Ademais, a ficha permite, em relação aos hipertensos, identificar a

qualificação da gravidade (leve, moderado ou grave). Em relação aos diabéticos é observado o tipo de diabetes (1 ou 2). A presença de obesidade ou sobrepeso também é avaliada. Este conjunto de dados permite caracterizar o perfil desses pacientes e das estratégias em relação aos projetos terapêuticos singulares e intervenções coletivas sobre o problema.

Há ainda outros instrumentos que têm a finalidade de identificação e acompanhamento dos pacientes: a ficha B e o relatório SSA2²³. Estes instrumentos integram o Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB e permitem às equipes uma caracterização do volume de usuários a ser acompanhado e do perfil destes.

O cadastramento é realizado por um processo de busca ativa e identificação, por meio de exames clínicos e laboratoriais, dos casos de HAS e DM existentes na área de cada equipe⁹. O baixo percentual de cadastramentos compromete o desenvolvimento das atividades e a programação acerca dos recursos necessários para atendimento aos usuários.

As atividades desenvolvidas nas reuniões do HiperDia seguem um padrão constando de: verificação da PA e dos níveis de glicemia dos participantes; atividade educativa envolvendo temas

relacionados ao problema ou outros considerados relevantes pela equipe; troca de receituário; agendamento de visitas domiciliares; e encaminhamento a outros níveis de assistência. As atividades são registradas, segundo o número de participantes, atividades educativas realizadas, alterações de PA ou glicemia identificadas, medidas de controle para estes casos, quando necessário; e entrega de medicamentos.

A maioria dos frequentadores refere interesse pelas atividades educativas. Entretanto há críticas quanto ao caráter repetitivo das reuniões. Alguns se queixam disso como fator desmotivador, além de dificuldade de locomoção, que pode contribuir para o esvaziamento das reuniões, acentuada pelo projeto de entrega da medicação via correio.

A programação do HiperDia, portanto, enfrenta grandes entraves para realização de seus objetivos. Um deles diz respeito à cobertura das atividades, que abrange uma pequena parcela dos cadastrados reduzindo o impacto sobre o problema, o que se traduz nas estatísticas em relação aos óbitos e internações por complicações. Este quadro sugere a necessidade de repensar estratégias de controle. Por outro lado, o monitoramento destes usuários deve ser realizado de forma

mais efetiva, visando diminuir os riscos de internações preveníveis e óbitos evitáveis.

4.3. Monitoramento de atividades e da situação dos usuários hipertensos e diabéticos

Além dos dados coletados e sistematizados pelo cadastro do HiperDia e pelas fichas B e SSA2, a aferição da PA e da glicemia dos pacientes realizadas nas reuniões constitui fonte de informação sobre aqueles com maiores dificuldades no controle destes marcadores, seja pela incapacidade de seguir o tratamento, seja pela não adoção de hábitos que contribuam para minimizar os riscos de complicação previsíveis.

Um levantamento preciso da situação em relação à população adstrita às unidades e suas equipes é fundamental para que se estabeleçam metas a serem alcançadas.¹⁸. A capacidade de responder de forma efetiva às metas estabelecidas informa sobre a eficácia das estratégias de monitoramento e controle, além de expor a possibilidade de existência de outras variáveis ainda não identificadas e que interferem sobre o controle de agravos. Em relação a esses itens, há uma contradição a ser equacionada, pois enquanto as equipes informam não existir metas estabelecidas, a coordenação da Atenção Básica informa

que estas existem (embora não as apresente). É fato que o município, como signatário do Pacto pela Saúde, tem metas definidas e pactuadas em seu Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM). O que é possível inferir é que estas metas não são compartilhadas com as equipes e, conseqüentemente, não individualizadas para cada uma delas.

Em relação às metas pactuadas, os objetivos estabelecidos referem-se à redução de internações por complicações do *Diabetes Mellitus* (DM) e das internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC). A meta estabelecida para internação por DM, para o ano de 2010, foi de 6,0/10.000 e o resultado alcançado foi de 7,87/10.000. Para o ano de 2011, a meta era de 7,49/10.000, e o resultado (preliminar) é de 3,97/10.000. No caso das internações por AVC, a meta para 2010 era de 6,20/10.000, enquanto o resultado alcançado foi 9,81/10.000. Para o ano de 2011 a proposta era de reduzir estas internações para 4,70/10.000, mas o resultado (preliminar) indicava uma taxa de 6,29/10.000¹⁹⁻²⁵. Estes dados apontam para uma dificuldade no cumprimento das metas, que pode ser explicada pelos fatores supracitados.

O controle sobre a HAS e a DM e suas possíveis complicações requer uma

estratificação dos pacientes segundo grau de risco para estas complicações. A classificação de risco tem como referência o padrão estabelecido na própria ficha de cadastramento, que adota alguns marcadores clínicos (leve, moderado e grave para hipertensos, conforme níveis pressóricos), bem como a presença de fatores que podem atuar como desencadeadores de crise, como tabagismo, sedentarismo, obesidade ou sobrepeso.

Entre as equipes que participaram deste trabalho, observou-se que não há uma definição clara de um padrão de referência para esta classificação. O médico de uma destas unidades informou que segue o estabelecido no protocolo e indicado na ficha de cadastramento em relação aos hipertensos. Mas, de maneira geral, o critério adotado é de classificar os pacientes segundo existência real ou potencial de complicações, englobando pacientes que apresentaram alguma intercorrência clínica e/ou demonstram pouca adesão ao tratamento e às medidas de prevenção.

A coordenação da Atenção Básica informa sobre a necessidade de construir instrumentos de monitoramento que contemplem todos os fatores de risco, e que se pretende que seja aplicado de forma mais frequente. Estes instrumentos

poderiam gerar uma base de dados que permitisse identificar o risco de complicações e, conseqüentemente, internações desnecessárias. As informações facilitariam a identificação de sujeitos e grupos de maior vulnerabilidade e estratégias para mitigar o problema.

Considerando o universo de pessoas que participam das reuniões, comparativamente ao número total de hipertensos e diabéticos existentes/cadastrados, observa-se um número muito pequeno de portadores dessas patologias recebendo acompanhamento sistemático. Essa situação, portanto, limita o alcance de metas para redução de internações por complicações.

O conjunto de movimentos empreendidos pela SMS, considerando as dificuldades em relação ao cumprimento de metas relativas ao controle dos agravos decorrentes destas doenças, demonstra pouca eficácia. Estas dificuldades demandam novas estratégias na interação com usuários portadores destas patologias, buscando a sua corresponsabilidade para controlar o problema.

4.4. Avaliação das ações de controle da HAS E DM

A avaliação ainda não se estabeleceu como uma prática no serviço público. A perspectiva de construir juízo de valor sobre ações, serviços e sistemas de saúde tem sido objeto de investimento nos anos recentes, mas ainda sem uma cultura consolidada. A emergência do Pacto pela Saúde (2006) com a consequente adoção dos TCGM, ainda demanda aperfeiçoamentos em relação ao seu uso.

O uso de critérios como intercorrências clínicas entre os pacientes é importante, mas não suficiente se não for acompanhado de instrumentos que possam antecipar-se ao surgimento de novos problemas. O controle sobre o fato acontecido proporciona possibilidade de aumentar a intervenção quando acompanhado de investigação sobre os motivos das complicações observadas (Estudos de Evento Sentinela)²⁶. Interessante ressaltar que os usuários que relataram alguma complicação no período mais recente são aqueles que referiram pouca assiduidade às reuniões. Portanto, deveriam ser implementados outros instrumentos e formas de acompanhamento aos pacientes. Esta iniciativa foi declarada pela coordenação da atenção básica da secretaria, no intuito de aprimorar o sistema de controle e avaliação do sistema.

A implantação de um sistema de entrega de medicamentos via correio sugere a necessidade de uma avaliação prévia dos possíveis desdobramentos quanto à participação dos usuários deste serviço nas reuniões. O provável esvaziamento das reuniões deve ser acompanhado de um monitoramento sobre suas possíveis consequências, como baixa adesão ao tratamento, dificuldade para seguir as prescrições feitas, aumento do volume das intercorrências clínicas, entre outras.

Uma avaliação sobre a ação das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e sua integração com as equipes de saúde da família, poderia contribuir no controle destas patologias e sobre as necessidades dos pacientes frente a sequelas decorrentes das complicações. Uma iniciativa importante para uma melhor avaliação da contribuição da ESF é a divulgação das metas do município, pactuadas e descritas no TCGM, bem como a sua tradução em metas individualizadas a serem perseguidas por cada equipe. Sem a noção clara quanto aos resultados almejados, das estratégias e dos recursos necessários para o seu alcance não será possível pensar no desenho de um sistema de avaliação, que contemple um modelo lógico a ser seguido.

O conjunto de resultados aqui apresentados revela-se compatível com trabalhos semelhantes, que procuraram analisar o controle da HAS e da DM pela APS/ESF. Problemas como cobertura pelo cadastramento; a baixa adesão dos pacientes às atividades do Hiperdia; dificuldades no acesso a medicamentos e consultas regulares são referidos como desafios a serem superados, pois têm alcançado uma parcela da população de hipertensos e diabéticos. Ampliar cobertura do cadastramento e a participação dos pacientes nas atividades de controle realizadas pelo programa são metas a serem alcançadas para ampliar a capacidade de resposta da APS a estes agravos⁸.

Trabalho referente ao processo de implantação da atenção à HAS na cidade do Recife⁵ identificou dificuldades quanto ao controle do programa, observando um conjunto de critérios, que abrangeram da infraestrutura aos processos de trabalho. Em relação a estes (processos de trabalho) avaliou como insatisfatórios elementos como cadastramento, diagnóstico oportuno, ações de prevenção, tratamento e acompanhamento, bem como quanto ao encaminhamento aos serviços de referência.

Trabalho referente ao controle da Hipertensão Arterial desenvolvido por meio do Hiperdia em unidade básica de saúde¹¹ reafirmou a existência de problemas identificados em estudos anteriores sobre o tema semelhantes aos descritos nos trabalhos citados acima. Neste trabalho, entretanto, foi possível observar uma boa capacidade de controle sobre o problema nas unidades investigadas. A possível explicação para este resultado, segundo os autores, pode ser a estabilidade da equipe, com médicos atuando na comunidade há mais de 10 (dez) anos. Fato que favorece um bom conhecimento da população da área e a formação de vínculos de confiança que são fundamentais para resultados satisfatórios em atividades desta natureza.

4. Conclusão

A Mortalidade por Problemas no Aparelho Circulatório segue como principal causa de óbitos no país e exige medidas mais efetivas para o seu controle. A Hipertensão e o *Diabetes Mellitus* estão entre os principais fatores de risco para óbitos neste grupo de causas, apesar dos esforços em aumentar cobertura de serviços e implantação de tecnologias para o seu monitoramento e avaliação. A APS, via ESF, tem apresentado incremento em sua cobertura objetivando melhorar o

desempenho do sistema no controle dos principais problemas de saúde, mas sua implementação em regiões metropolitanas ainda se revela como ponto fraco a ser superado. Os indicadores apontam para problemas na resolubilidade deste nível de atenção, gerando sobrecarga para os demais níveis. Além das dificuldades inerentes à sua expansão, o baixo número de cadastrado no HiperDia e o aumento nos óbitos sinalizam para necessidade de desenvolvimento de novas estratégias para o controle destes agravos (HAS e DM), incluindo estratégias para aumentar a adesão de usuários ao tratamento e às medidas de prevenção.

Em relação ao desenvolvimento das ações do HiperDia é possível caracterizar seu processo de programação como sistemático e contínuo, considerando o conjunto de atividades que ele se propõe a desenvolver. Entretanto, há baixa adesão dos usuários às reuniões, bem como o risco de seu esvaziamento em função da entrega de medicamentos por meio do correio. Esta situação sugere a revisão das estratégias de mobilização e condução destas reuniões, sob pena de um maior distanciamento entre equipes e usuários, com implicações sobre o controle de fatores desencadeantes de complicações entre os pacientes com estas patologias.

O controle e avaliação vêm sendo desenvolvidos de forma pouco sistemática. Apesar da existência e de adoção de critérios para classificação de pacientes em situação de risco, o controle maior tem sido feito *a posteriori* (depois da existência da complicação). Este acompanhamento não admite (até o momento) o uso de instrumentos que possam sistematizar os fatores implicados nas intercorrências observadas, que permitam a adoção de estratégias para seu controle. O uso da metodologia do Estudo de Evento Sentinela poderia contribuir para isto, ou seja, uma investigação detalhada sobre as causas das complicações acontecidas contribuiria bastante para o desenho de formas de controle mais eficazes. É necessário pensar na inserção mais efetiva das equipes de NASF nas ações de prevenção, bem como de acompanhamento aos pacientes que tenham desenvolvido algum tipo de incapacidade resultante de complicações da HAS e da DM.

Seria interessante como continuação do estudo uma investigação sobre o perfil dos cuidadores dos pacientes hipertensos e diabéticos. Este recurso comunitário é muito importante para o estabelecimento de estratégias de colaboração entre equipes de saúde e estes cuidadores.

5. Referências

1. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009. 332 p.
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 56 p.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rio de Janeiro: Segmento Forma; 2010. 69 p.
5. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da Implantação da Atenção à Hipertensão Arterial pelas Equipes de Saúde da Família. Recife: Ciência & Saúde Coletiva, 2006;16(2):623-633.
6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 64 p.
7. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva vol. 9 nº 4, 2004.
8. Henrique, NN. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Um Estudo sobre os Programas de Atenção Básica. Rio de Janeiro: Rev. enferm. UERJ; 16(2):168-73, 2008.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 15, Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 53 p.
10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial – HA e ao Diabetes Mellitus – DM. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 104 p.
11. Gomes TJO, Silva MVR, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. Maceió: Rev Bras Hipertens vol.17(3):132-139, 2010.
12. BRASIL. Decreto 7508, de 28/06/2011 – trata da regulamentação da Lei 8.080. Disponível em www.saude.gov.br, acessado em 10/03/2013.
13. Institute of Medicine. Defining primary care: an interim report. Washington: National Academy Press, 1994.

14. STARFIELD B. – Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
15. MENDES, EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.
16. Datasus (Ministério da Saúde). Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Disponível em www.datasus.gov.br. Acesso em 10 de mar, 2013.
17. Magalhães MEC, Brandão AA, Pozzan R, Campana EMG, Fonseca FL, Pizzi OL, et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? Rio de Janeiro: Rev Bras Hipertens vol.17(2): 93-97, 2010.
18. Ministério da Saúde (Brasil), Vigitel Brasil 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 297 p.
19. Datasus (Ministério da Saúde). Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em 20 fev, 2012.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial – HA e ao Diabetes Mellitus – DM. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 104 p.
21. Mendes EV. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998. 359 p.
22. Secretaria Estadual de Saúde do estado de Goiás, 2010. As Estratégias de Saúde da Família (ESF). Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br>. Acesso em 11.fev.2011.
23. Ministério da Saúde (Brasil). SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
24. Neves MF, Kasal DAB. O que dizem as diretrizes brasileira, americana, europeia e canadense em relação às metas? Rio de Janeiro: Rev Bras Hipertens, 2010. vol.17(3):178-181.
25. Ministério da Saúde (Brasil), Orientações acerca dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, nos Componentes pela Vida e de Gestão para o biênio 2010 - 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
26. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. N Engl J Med 1976; 294:582-8.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-05-07
Last received: 2014-07-15
Accepted: 2014-08-15
Publishing: 2014-09-30